

Handläggare:

Gunilla Thörnwall Bergendahl

Förslag till kostnadsansvar för läkemedel i öppen vård

Ärendet

I budget för år 2010 samt i Läkemedelsstrategi för 2008-2012, fastställd av landstingsfullmäktige den 10 juni 2008, har uppdragits åt förvaltningen att överföra kostnadsansvaret för läkemedel på recept i öppen vård till vårdgivarna.

I detta ärende redovisas förvaltningens förslag till hur kostnadsansvaret ska utformas inom akutsomatisk vård, geriatrik och psykiatri. Därutöver beskrivs husläkarverksamhetens indirekta kostnadsansvar för läkemedel enligt den incitamentsmodell som fastställts i samband med beslut om Regelbok för husläkarverksamhet 2010 den 15 september 2009.

Ett ärende avseende incitament för att öka de privata specialisternas kvalitet i läkemedelsförskrivningen redovisas till nämnden i särskild ordning.

Ärendet har beretts av Hälso- och sjukvårdsnämndens Läkemedelsgrupp fortlöpande och senast den 13 augusti 2009.

Förslagen har diskuterats och kommunicerats med vårdgivarna vid dialogmöten under juni månad 2009 samt med Läkemedelssakkunniga i Stockholm (Läksak).

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att fastställa föreslagna modeller till kostnadsansvar för läkemedel i öppen vård,

att uppdra åt förvaltningen att slutföra förhandlingar med vårdgivarna i enlighet med modellerna och att i övrigt göra nödvändiga förberedelser för att verkställa beslutet.

Sammanfattning

Kostnadsansvaret för receptläkemedel ska enligt fullmäktigeuppdrag decentraliseras till vårdgivare med avtal. Ett projekt under ledning av hälso- och sjukvårdsdirektören har tagit fram förslag hur kostnadsansvaret ska utformas. Arbetet har varit komplext och många strategiska överväganden

har behövts göras för att få modeller som styr rätt och i linje med vårduppdrag och SLL:s övergripande struktur för ersättningsmodeller. Allmänna villkor för 2010 har uppdaterats med etiska regler för att förhindra övervältring.

Projektets styrgrupp kommer löpande följa och övervaka läkemedelsansvaret under 2010. Som grund för styrgruppens arbete kommer dels en kvalitativ studie att genomföras, dels kommer effekterna på ekonomi, förskrivningspraxis, remissflöden och patientsäkerhet att utvärderas.

I nedanstående schematiska översikt framgår hur stort kostnadsansvar som föreslås i de olika vårdgrenarna. Avtal med vårdgivarna tecknas 2010-2011 men för ett år i taget. Kostnadsansvaret föreslås utökas för år 2011.

Översikt över förslag till kostnadsansvar för öppenvårdsläkemedel år 2010						
HSNf:s läkemedelsbudget Kostnad exkl patientens egenavgift	Fördelning av kostnadsansvar HSNf och vårdgivare					
	Akutsjukhus		Basgeriatrik		Vuxenpsykiatri	
	HSNf	Vård- givare	HSNf	Vård- givare	HSNf	Vård- givare
Basläkemedel på Kloka listan	100 %	0 %	80 %	20 %	80 %	20 %
Basläkemedel ej på Kloka listan	50 %	50 %	80 %	20 %	80 %	20 %
Specialläkemedel	50 %	50 %	80 %	20 %	80 %	20 %
Särläkemedel	50 %	50 %	Ej aktuellt			
Övriga varor inom förmånen	100 %	0 %	100 %	0 %	100 %	0 %
Dos-avgift (6-kronan)	100 %	0 %	100 %	0 %	100 %	0 %
Smittskyddsläkemedel	100 %	0 %	100 %	0 %	100 %	0 %
P-piller till flickor	Ej aktuellt					
Fria läkemedel till pat. utan sjukdomsinsikt	Ej aktuellt				100 %	0 %
Läkemedel i SÄBO	Ej aktuellt		100 %	0 %	Ej aktuellt	

Husläkarverksamhet i enlighet med Regelbok för 2010	
A: Följsamhet till Kloka listan	Bonus 30 % av målrelaterad ersättning om ≥ 80 % Vite om 10 % av målrelaterad ersättning om < 80 %
B: Basläkemedelskostnad per läkarbesök, åldersjusterad	Bonus 30 % av målrelaterad ersättning om < 20 % över länsgenomsnittet
C: Kvalitetsbokslut läkemedel	Godkänt kvalitetsbokslut ska lämnas
För att bonus om 30 % av den målrelaterade ersättningen ska utfalla måste alla kriterierna i A, B och C ovan vara uppfyllda.	

Förvaltningens synpunkter

Bakgrund

Det grundläggande syftet med ett decentraliserat kostnadsansvar för läkemedel är att få en mer kostnadseffektiv läkemedelsförskrivning genom att lägga kostnadsansvaret för läkemedel hos den som i realiteten kan påverka den, den ordinerande vårdgivaren. Decentralisering av kostnadsansvaret för öppenvårdsläkemedel till alla vårdgivare med vårdavtal är en del av landstingets läkemedelstrategi. Det är även ett åtagande som landstingen har gentemot staten i enlighet med läkemedelsreformen och avtalet med staten om ersättningen för läkemedelsförmånen.

Vårdgivaren har ett såväl medicinskt som ekonomiskt ansvar för sitt vårduppdrag. Det är i grunden ologiskt att inte inkludera en av hälso- och sjukvårdens viktigaste behandlingsresurser dvs läkemedel i detta, vilket även var grundtanken med läkemedelsreformen. En samlad ekonomi för vårdgivaren innefattande all vård och behandling ger optimal möjlighet för rationella beslut och flexibla lösningar för en klokare, effektivare vård – således handlingsfrihet under ansvar eller tillgång till alla ”verktyg i verktygslådan”. Att inkludera läkemedelskostnaderna i vårdgivarens totalekonomi ökar förutsättningarna för att förskrivningen sker med eftertanke och med en sund försiktighet.

I läkemedelsstrategi för 2008-2012 angavs därför att kostnadsansvaret för läkemedel i öppen vård ska läggas ut på vårdgivarna och att detta ska ske i samband med att nya avtal börjar gälla, dock tidigast from år 2010.

För att genomföra uppdraget bildades under 2008 ett särskilt projekt under ledning av hälso- och sjukvårdsdirektören, det s k KÖL2010-projektet (**K**ostnadsansvar **ö**ppenvårdsläkemedel). Projektet har haft en styrgrupp med representanter från vårdgivarna samt hälso- och sjukvårdsnämndens och landstingsstyrelsens förvaltning. Sex olika delprojekt har arbetat med ersättningsmodeller, medicinskt ansvar, kommunikation, controlling/-fakturering, uppföljning/utvärdering samt arbetsplatskoder.

Överväganden

Vid utarbetande av förslag till modeller för kostnadsansvar för läkemedel har nedanstående inriktning fastslagits för arbetet:

Ersättningsmodellerna ska uppfattas som

- rättvisa och logiska
- styra rätt, dvs i enlighet med vårduppdraget
- följa SLL:s struktur på ersättningsmodeller dvs fast-, produktionsinriktad och målrelaterad ersättning

- i möjligaste mån följa resp vårdgrens nuvarande ersättningsmodell för att på sikt kunna integreras i denna.

Arbetet har komplicerats av en mängd faktorer. Till dessa hör bl a kvalitetsbrister i statistikunderlag pga felaktiga arbetsplatskoder på recepten. Vårdgivarna har också mycket olika vana att arbeta med läkemedel ur ett kostnadsperspektiv och har också olika grundförutsättningar i form av t ex terapitraditioner och patientmix, vilket gör att omställningen till kostnadsansvar för vissa vårdgivare blir större än för andra. Därutöver måste kostnadsansvaret förhandlas in i befintliga vårdavtal, dvs ändring av de ekonomiska förutsättningarna under gällande avtalsperiod.

För auktoriserade vårdgivare inom Vårdval styr regelboken ensidigt förutsättningarna. Att införa kostnadsansvar för receptläkemedel i husläkarverksamheten ställer därför särskilda krav på ansvarsfulla modeller, så att vårdgivarnas ekonomiska förutsättningar inte utsätts för alltför stora påfrestningar i och med införande av läkemedelsbudget.

Inom husläkarverksamheten har det också bedömts som särskilt viktigt att beakta de äldres läkemedelsanvändning och den kostnadstyngd som det innebär för mottagningar med många äldre patienter och hög andel frikort.

Därutöver har beaktats att planering pågår för ett helt nytt ersättnings-system för husläkarverksamheten from 2011, där läkemedel ingår som en integrerad del.

Förslaget

Två huvudmodeller för kostnadsansvar föreslås med direkt – resp indirekt påverkan på den enskilde vårdgivarens budget.

Kostnadsansvar med direkt budgetpåverkan hos vårdgivaren föreslås för akutsjukhus och större privata vårdgivare inom akutsomatiken, geriatrik och psykiatri. Här sker förhandling om ersättning och omfattning. Vårdgivaren får avtalat belopp genom fast månatlig ersättning och vidarefaktureras löpande sin avtalade andel av den faktiska kostnaden. Omfattningen av kostnadsansvaret är olika för de olika vårdgrenarna.

Av de poster som omfattas av HSN:s läkemedelsbudget föreslås endast vårdgivarnas kostnadsansvar år 2010 omfatta kostnader för uthämtade läkemedel, förskrivna på recept till patienter folkbokförda inom länet (så kallade SLL-kostnader) exkl boende i Norrtälje. Övriga varor och förbrukningsartiklar inom läkemedelsförmånerna undantas. Den så kallade 6-kronan, dvs distributionsavgiften för dosförpackade läkemedel inom läkemedelsförmånerna, omfattas inte heller.

Av läkemedlen undantas dessutom kostnader för smittskyddsläkemedel, fria läkemedel till patienter utan sjukdomsinsikt inom psykiatri, subventionerade preventivmedel till unga flickor samt läkemedel till patienter i kommunens särskilda boenden. Vacciner enligt det allmänna vaccinationsprogrammet omfattas inte av läkemedelsbudgeten och ingår således inte heller i de läkemedelskostnader som kommer att fördelas ut.

För att balansera ett ökande ekonomisk fokus kommer kvalitetsbokslut för läkemedel successivt införas inom alla vårdgrenar.

Akutsjukhus samt större privata vårdgivare

För akutsjukhusen föreslås kostnadsansvaret omfatta alla läkemedel förutom basläkemedel på Kloka listan. Genom detta undantag stimuleras till en önskad ökad användning av dessa preparat på sjukhusen för att på så sätt uppnå högre kostnadseffektivitet. Det minskar även behovet av ordinationsändringar när patienterna byter vårdnivå.

På resterande läkemedel dvs specialläkemedel inkl sär läkemedel samt basläkemedel som inte finns på Kloka listan, föreslås kostnadsansvaret uppgå till 50 procent av SLL-kostnaderna år 2010. Underlag för ersättningen till vårdgivarna är ovanstående läkemedelskostnader helt år 2008 med uppräknning till 2010 års nivå.

Tilläggsavtal till flerårsavtalen tecknas under två år men om ett år i taget, för 2010 resp för 2011. Inriktningen är att kostnadsansvaret ska öka ytterligare.

Förvaltningen har för avsikt att förhandla om kostnadsansvar för läkemedel med även de större privata vårdgivarna som har DRG-ersättning.

Psykiatri och geriatrik

Kostnadsansvaret för basgeriatrik och vuxenpsykiatri föreslås uppgå till 20 procent av SLL-kostnaderna år 2010, omfattande både bas- och specialläkemedel, utan undantag. Tilläggsavtal tecknas under två år men om ett år i taget, för 2010 resp för 2011. Inriktningen är att kostnadsansvaret ska öka ytterligare.

Underlag för ersättningen till vårdgivarna är ovanstående läkemedelskostnader helt år 2008 med uppräknning till 2010 års nivå. Hänsyn kan behöva tas till större förändringar i verksamhet och uppdrag samt kända felaktigheter i arbetsplatskodning på recepten.

Inom psykiatri omfattar kostnadsansvaret endast vuxenpsykiatri år 2010 men inriktningen är att barn- och ungdomspsykiatri samt beroendevården inlemmas år 2011.

Inom geriatriken omfattar kostnadsansvaret bara den sk basgeriatriska verksamheten. Läkemedelskostnader genererade av läkarinsatser i SÄBO omfattas inte. Målet är att ge denna verksamhet kostnadsansvar år 2011. Behandlingen inom basgeriatriken är förhållandevis homogen men inom psykiatrin måste även hänsyn tas till olika terapeutiska terapitraditioner när ersättningen till vårdgivaren fastställs. Vissa verksamheter har av historiska eller vårdideologiska skäl en verksamhet mer inriktad på samtalsterapi än läkemedelsbehandling. För att successivt utjämna dessa skillnader kommer det 20 procentiga kostnadsansvaret ersättas till hälften med psykiatriindex som grund och till hälften utifrån historisk förskrivning.

ASIH har redan kostnadsansvar för läkemedel som förskrivs till patienter som är inskrivna i ASIH:s behovsgrupp 1. Inga förändringar planeras för närvarande.

Husläkarverksamhet med basal hemsjukvård

Sedan 2008 får auktoriserade husläkare bonus om följsamheten till Kloka listan överstiger 80 procent och man lämnat kvalitetsbokslut för läkemedel. Samma modell testades under 2006-2007 i projektform med medverkan av drygt 80 procent av husläkarmottagningarna.

Med dessa erfarenheter bedömer förvaltningen det rimligt att skärpa regelverket och införa en incitamentsmodell med en indirekt budgetpåverkan hos vårdgivaren, dvs i form av villkorad bonus och viten utifrån måluppfyllelse av ställda krav på läkemedelsförskrivningen i regelboken.

Större krav läggs dessutom på redovisning och kommentarer till vissa kvalitetsindikatorer för läkemedel.

En bonus omfattande 30 procent av den målrelaterade ersättningen utdelas om kvalitetsbokslutet för läkemedel är godkänt, om mottagningens följsamhet till Kloka listan överstiger 80 procent samt om kostnaden för basläkemedel per läkarbesök ligger max 20 procent över genomsnittet för länets husläkarverksamhet. Ett vite omfattande 10 procent av den målrelaterade ersättningen införs om följsamheten till Kloka listan är 79 procent eller lägre.

Alla mottagningar som ligger under gränsvärdet 20 procent över medelvärdet är kvalificerade för bonus. Vid beräkning av mottagningarnas bonusgrundande läkemedelskostnad per besök tas dock hänsyn till patienternas ålder. Efter åldersstandardisering får de mottagningar bonus som då hamnar under gränsvärdet. Detta innebär att mottagningar som har en stor andel äldre med många läkemedel, vilket är normalt, inte blir systematiskt förfördelade och genom detta drabbas inte heller de

mottagningar som har en stor andel patienter som drabbats av åldrandets sjukdomar i lägre åldrar.

Etiskt regelverk

Det kommande kostnadsansvaret för läkemedel har medfört vissa nya regler i Allmänna villkor för 2010:

"Behandling och remittering av patient skall ske efter vad som är medicinskt motiverat och inte efter fördelning av kostnadsansvar mellan olika vårdgivare för behandlingen"

"Då patient överförs till annan vårdgivare skall patienten alltid föras med läkemedel fram till planerat återbesök, oavsett var detta kommer att ske. Vid tidsbegränsad läkemedelsbehandling skall den förskrivna läkemedelsmängden täcka hela den planerade behandlingsperioden"

"Mottagande vårdgivare och patient skall föras med fullständig information om aktuell läkemedelsbehandling och införda samt planerade förändringar i medicineringen"

Reglerna har tillkommit för att motverka övervältring av läkemedelskostnader mellan vårdgivarna men också för att förbättra servicen och tryggheten för patienterna och öka patientsäkerheten i vårdens övergångar.

Utvärdering och uppföljning

Förvaltningen bedömer att vårdgivarna kommer att behöva stöd vid tolkning av regelverket. Därför kommer det på Uppdragsguiden finnas *Frågor och Svar* under 2010, med exempel på hur reglerna ska tillämpas vid olika behandlingssituationer. Dessutom kommer KÖL2010-projektets styrgrupp att finnas kvar under år 2010 för att löpande följa och övervaka kostnadsansvaret för läkemedel.

Som grund för styrgruppens arbete kommer dels en kvalitativ studie att genomföras, dels kommer effekterna på ekonomi, förskrivningspraxis, remissflöden och patientsäkerhet att utvärderas.

Ekonomiska konsekvenser

Följsamheten till läkemedelsrekommendationerna kommer att öka dvs möjlighet till mer evidensbaserad vård, ökad kvalitet och minskade kvalitetsbristkostnader. Den allmänna kostnadsmedvetenheten ökar vilket ger förutsättningar för bättre kostnadseffektivitet. Vårdgivarna får ett helhetsansvar och kan välja mellan olika behandlingsinsatser inom hela sin totalekonomi. För sjukhusens del kan t ex detta innebära att vissa läkemedel

rekvireras istället för receptförskrivs där så är möjligt och därmed kan man få upphandlingsrabatter.

Naturligtvis finns en viss ekonomisk risk för beställaren om vårdgivarna tenderar att remittera patienter med dyra behandlingar till privata specialister utan kostnadsansvar för läkemedel. Man kan också av strategiska skäl öka sin förskrivning av läkemedel som inte omfattas av kostnadsansvar, t ex basläkemedel på sjukhusen. Totalt sett bedöms dock de totala fördelarna för landstingets ekonomi och de dynamiska effekterna på läkemedelsförskrivningen i sin helhet överväga.

Konsekvenser för patientsäkerhet

Införande av kostnadsansvar för läkemedel skulle teoretiskt kunna medföra en patientsäkerhetsrisk, om ersättningen för läkemedelskostnaderna är orimligt låg och därmed ger driftkraft att inte förskriva nödvändiga läkemedel eller att inte ta emot patienter med stora medicinska behov. Förvaltningen bedömer att föreslagna modeller väl beaktar denna aspekt pga det modesta ökade ansvar som införs 2010 och förvaltningen har reducerat risken genom att föreslå ett stegvis ökat kostnadsansvar. Det finns dock även säkerhetsrisker med överförskrivning och kostnadsansvaret kan ge positiva incitament för en ökad omprövning av behandlingen och ev utsättning av läkemedel som inte tillför patienten mervärde.

Patientsäkerheten kommer att följas löpande, bl a via antalet anmälningar till Patientnämnden och förvaltningens medicinska revisioner.

Konsekvenser för jämställd och jämlik vård

Inga konsekvenser är identifierade.

Miljökonsekvenser

Överföringen av läkemedelskostnaderna till vårdgivarna kommer sannolikt få positiva miljökonsekvenser. En ökad kostnadsmedvetenhet bör leda till dels en mer eftertänksam förskrivning vilket innebär färre kassationer, dels en ökad följsamhet till Kloka listan, vars läkemedel är utvalda med beaktande av läkemedels miljöpåverkan.

Catarina Andersson Forsman

Henrik Almqvist