

Datum	Vår beteckning
2015-12-16	LTV 151321
	Er beteckning

## Yttrande över Granskning av landstingets styrning av läkemedelsförskrivningen

### **Sammanfattning**

Landstingsstyrelsen ställer sig i stort bakom slutsatser i rapporten. Den enskilt största synpunkten vi vill kommentera rör revisorernas kritik till en för låg grad av decentraliserat kostnadsansvar i primärvården. Slutsatsen har hittills varit, att decentraliseringen haft avsedd effekt och att det inte finns anledning till höjning av nivån.

Landstingsstyrelsen delar inte revisorernas förslag om ytterligare decentralisering av läkemedelskostnaderna i primärvården. Vid införandet av decentraliserat kostnadsansvar gjordes noggranna analyser av fördelar och risker. Den främsta fördelen är en ökad kostnadsmedvetenhet medan den största risken är stora förluster eller stora vinster, som kan uppstå på olika patientklientel eller oförutsedda läkemedelskostnader. Den totala förmånskostnaden för läkemedel ligger för en vårdcentral i nivå med vårdcentralens totala övriga kostnader, varför svängningar i läkemedelskostnader kan få stora konsekvenser vid full decentralisering. Man bedömde att decentraliseringen åtminstone inledningsvis skulle begränsas till 20%, men möjlighet till höjning i senare skede. För att undvika alltför stora ekonomiska konsekvenser i endera riktningen applicerades även ett kostnadstak om +4 resp. -6 kr/patient och månad. Uppföljning visade kostnadsminskningar och samtidigt högre följsamhet till rekommenderade läkemedel.

Det kan tilläggas att landstinget genom den låga procentsatsen kunnat tillgodoräkna sig huvuddelen av vinsten (80%) till följd av ändrat förskrivningsmönster. Ökad decentralisering leder antingen till att vårdcentralerna snabbt slår i taket vilket minskar incitamentet att arbeta med förskrivningsmönstret. Höjs taket samtidigt finns i stället en stor risk att vinst eller förlust blir ohanterlig. Landstingsstyrelsen avråder därför från ökad decentralisering, i synnerhet i ett landsting där stor del av primärvården drivs i privat regi och därmed inte kan kompensera ekonomiska svängningar på samma sätt som en stor offentlig huvudman. Det finns få exempel i Sverige på konsekvent decentralisering av kostnadsansvaret i primärvården där privat vård inkluderas och ingen kompensation eller korrigerande medges i efterhand. Landstingsstyrelsen vill därför avråda från ökad decentralisering innan positiva erfarenheter av detta finns från annat håll där förutsättningarna liknar de västmanländska.

Landstingsstyrelsen önskar, utöver synpunkterna om decentraliserat kostnadsansvar i primärvården, lämna kommentarer på följande enskilda avsnitt i rapporten.

### **Bakgrund**

Läkemedel utgör 13% av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna på nationell nivå men knappt 11% av kostnaderna för LTV. Utgår beräkningarna från olika förutsättningar eller hur motiveras annars skillnaden?

Datum	Vår beteckning
2015-12-16	LTV 151321
	Er beteckning

Utöver detta är det viktigt att poängtera läkarens fria förskrivningsrätt vilken vi med information och uppföljning kan försöka påverka i avsedd riktning.

### *2.1. Kostnadsutvecklingen*

Jämförelse med övriga landsting görs i första stycket för förmånläkemedel (2014), i andra stycket för rekvisitionsläkemedel (2015). Mer konsekvent vore att jämföra förmånläkemedel över tid. Då ser man, att kostnadsökningen under 2015 för Västmanland ligger i nivå med riket (4,6 resp 4,4%) t o m juli månad. Till detta kommer, att förmånskostnaden i vissa landsting påverkas markant av att produkter överförs från förmån till rekvisition (t ex VGR, som minskade 4,6% under 2014). Enligt SKL:s statistik t o m juli 2016 hade 14 av 21 landsting kostnader högre än behovsmodellen.

Det är svårt att jämföra kostnad och kostnadsutveckling för rekvisitionsläkemedel, eftersom olika avtal och redovisningsmodeller tillämpas i olika landsting.

### *2.3.2. Kunskapsstyrning*

Bland kunskapsstyrningsdokument saknas den regiongemensamma barnrekommendationslistan.

Kunskapsstyrning uppges primärt riktas gentemot primärvården medan kontakter med sjukhusvård baseras på dialog. I viss mening är detta korrekt, eftersom basläkemedelslistan omfattar läkemedel som huvudsakligen används av primärvården ("det bästa till de flesta"). Dock förutsätts även sjukhusvårdens läkare i sina terapival utgå från basläkemedelslistan. Generellt är det svårt att tala om styrning även gentemot primärvården eftersom Läke-medelskommittén (LK) och Läke-medelsenheten (LE) står vid sidan om linjeorganisationen (vilket enligt vår uppfattning är korrekt) och därmed är rådgivande (vilket påpekas på annan plats i rapporten). LK:s råd om god läke-medelsanvändning samt LK/LE:s uppföljning och återrapportering till verksamheterna förutsätter för fullt genomslag ett engagemang även i linjeorganisationen. Där det genomslaget finns kan man i viss mån tala om "styrning", så långt detta är möjligt inom ett område där det slutliga ställningstagandet till val av behandling görs i det enskilda patientmötet.

### *2.3.3. Vårdvalet*

Det uppges felaktigt, att LE är representerat i Vårdvalsrådet. Så är inte fallet, däremot finns LK med, f n genom två informationsläkare.

Värdet för DU90% under 2015 behöver kommenteras ytterligare. Tidigare i rapporten redovisas målnivån 90%, som uppnåddes under 2014. Det lägre värdet under 2015 kan därför tolkas som en sämre följsamhet, vilket inte är fallet. DU90% utgår från gällande basläkemedelslista, som utges i ny version i januari varje år. Ändrade rekommendationer i 2015 års lista innebär ett sänkt DU90%-värde om ca 5% vid oförändrad förskrivning. Ett värde på 85% 2015 är därför jämförbart med 90% 2014.

Intresse från vårdcentralerna om ännu tätare kontakt med LK och önskan om oberoende läke-medelsinformation kommer att beaktas i det fortsatta arbetet, liksom påpekandet om att evidensbasen för rekommendationerna förmedlas.

Datum	Vår beteckning
2015-12-16	LTV 151321
	Er beteckning

Sistnämnda ingår i den utveckling av elektronisk basläkemedelslista, som sker sedan några år tillbaka.

Syftet med basläkemedelslistan är att presentera förstahandsval – ”det bästa för de flesta” – inte att ge omfattande alternativa behandlingsråd, vilket i rapporten ses som en brist. För detta finns specifika vårdprogram och möjlighet till konsultation av specialister.

Påpekandet om snabba förändringar av rekommendationer förvånar. Genomgående har rekommendationslistorna stor kontinuitet och ges ut en gång/år. Förändringar motiveras ofta av patentutgångar eller nya riktlinjer – något som vi måste leva med utifrån medicinsk utveckling och för bästa möjliga hälsoekonomi. Onödiga förändringar undviks, hänsyn tas även till lokala behandlingsrutiner.

#### *2.3.4. Specialiserad vård, avsnitt ”Nya (och dyra) läkemedel*

Beträffande finansiering av dessa läkemedel anges i rapporten att nationell samverkan kring ordnat införande kan komma att ”ta över landstingens egna beslut”. Landstingsstyrelsen ser inte att landstingens självstyre i detta sammanhang kan flyttas till nationell nivå.

Läkemedelskommitténs påverkan på slutenvården bedöms av klinikerna vara större för basläkemedel än klinikläkemedel, vilket är naturligt eftersom den främsta expertisen inom varje specialitet och subspecialitet finns inom kliniken, inte inom LK som har mer övergripande funktion. Situationen är under förändring i och med landstingens nya samverkansmodell för ordnat införande. LK spelar där en viktig roll i den nationella samverkan och genom koppling mellan nationell och lokal kompetens och lokala behandlingsval. Följden blir en ökad dialog, en ökad delaktighet från klinikens sida i ett tidigt skede när nya läkemedel introduceras. En samstämmighet mellan klinik, LK och nationell konsensus förutses.

#### *3.1. Analys och bedömningar*

Vikten av linjeorganisationens engagemang i läkemedelsförskrivningen betonas i rapporten. Eftersom LK och LE organisatoriskt ligger vid sidan av linjen och är rådgivande organ är verksamhetscheferna viktiga för att optimera läkemedelsanvändningen. LK och LE har rekommenderat verksamhetscheferna att bidra till uppföljning på förskrivarnivå, något som endast kan initieras av den enskilde förskrivaren eller dennes verksamhetschef. Metoden har exempelvis använts vid vårdcentralbesök av Stramaläkare, då förskrivarprofiler för antibiotika blivit föremål för kollegial dialog. En utveckling av denna metod välkomnas av LK och LE.

FÖR LANDSTINGET VÄSTMANLAND

Denise Norström

Landstingsstyrelsens ordförande

Anders Åhlund

Landstingsdirektör