

Socialdepartementet**Bemyndigande att underteckna överenskommelsen om statens bidrag till regionerna för kostnader för läkemedelsförmånerna m.m. 2025**

Ett förslag till överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har upprättats efter förhandlingar mellan företrädare för Regeringskansliet (Socialdepartementet) och SKR. Förslaget har den lydelse som framgår av *bilagan*.

Regeringen bemyndigar statsrådet Ankarberg Johansson, eller den som hon sätter i sitt ställe, att underteckna en överenskommelse som i huvudsak stämmer överens med förslaget.

Utdrag till

Statsrådsberedningen, SAM
Finansdepartementet, BA
E-hälsomyndigheten
Kammarkollegiet
Socialstyrelsen
Samtliga regioner och Gotlands kommun
Sveriges Kommuner och Regioner
Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket



Statens bidrag till regionerna för kostnader för läkemedelsförmånerna m.m. 2025

**Överenskommelse mellan staten och
Sveriges Kommuner och Regioner**

Innehåll

| | |
|---|----|
| 1. Inledning | 3 |
| 2. Den ekonomiska omfattningen..... | 3 |
| 3. Vinst- och förlustdelningsmodell | 5 |
| 4. Övrigt | 5 |
| 5. Fördelnings- och utbetalningsordning | 10 |
| 6. Finansiering | 10 |
| 7. Godkännande av överenskommelsen..... | 12 |
| Bilaga 1 | 13 |
| Bilaga 2..... | 18 |

1. Inledning

Staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har träffat följande överenskommelse kring formerna för statens bidrag till regionerna avseende kostnaderna för läkemedelsförmånerna för året 2025.

Såväl staten som regionerna har behov av en överenskommelse som möjliggör att patienter får tillgång till kostnadseffektiv behandling samtidigt som den skapar förutsägbarhet i ekonomiska termer. Parterna är eniga om att denna överenskommelse bidrar till att ge regionerna förutsättningar att på ett jämlikt sätt använda läkemedel inom läkemedelsförmånerna. Överenskommelsen ska därmed bidra till en ändamålsenlig och kostnadseffektiv användning, som ett led i att hela befolkningen ska erbjudas en behovsanpassad, tillgänglig och effektiv vård av god kvalitet. Vidare är parterna överens om att när Tandvårds- och läkemedels-förmånsverket (TLV) bedömt flera alternativ som kostnadseffektiva ur ett samhällsperspektiv, ska det mest kostnadseffektiva alternativet prioriteras.

Parterna åtar sig att även fortsättningsvis arbeta inom respektive parts ansvarsområden för att uppnå en ändamålsenlig, kostnadseffektiv och jämlik läkemedelsanvändning.

I överenskommelsen om statens bidrag till regionerna för kostnader för läkemedelsförmånerna m.m. 2024 enades parterna om att analysera och utveckla förutsättningarna för att förbättra tillgången till nya effektiva läkemedel. Målet är att åstadkomma ett långsiktigt hållbart system, som säkerställer en god och jämlik tillgång till läkemedel till rimliga kostnader, för patienter med både vanliga och ovanliga hälsotillstånd. Under 2024 har parterna identifierat och enats kring flera utvecklingsområden som kommer att kräva fortsatt analys och gemensamma insatser framöver för att etablera ett kostnadseffektivt och jämlikt system som möter både dagens och framtidens behov.

2. Den ekonomiska omfattningen

För år 2025 erhåller regionerna totalt 40 695 miljoner kronor. 41 000 miljoner kronor avser kostnaderna för läkemedelsförmånerna. En tillfällig justering görs dock med anledning av de besparingar som följer av att högkostnadsskyddet för läkemedel ska justeras. Enligt regeringens budgetproposition för 2025 motsvarar detta en besparing på 540 miljoner kronor. 323 miljoner kronor avser kostnader för läkemedel för behandling av

hepatit C. Summan av dessa belopp, 40 783 miljoner kronor, reduceras med statens andel av återbäringarna som genereras av de avtal som tecknas mellan regionerna och företag inom ramen för TLV:s ärendehandläggning för vissa läkemedel. För 2025 prognostiseras statens andel av återbäringarna uppgå till 1 708 miljoner kronor. Dessa belopp baseras på Socialstyrelsens prognos av läkemedelsförsäljningen i Sverige per den 30 oktober 2024 och TLV:s prognos av återbäringsavtalen per den 17 november 2024. Därutöver ingår bidrag för vissa läkemedel som förskrivs enligt smittskyddslagen, vissa överföringar av läkemedel till slutenvården, vissa överföringar av förbrukningsartiklar, samt visst bidrag för dostjänsten. Bidraget för dessa övriga delar uppgår sammanlagt till 1 620 miljoner kronor för år 2025.

Regionerna har genom tidigare överenskommelser i särskild ordning ersatts för vissa läkemedel som förskrivs enligt smittskyddslagen och som före 2005 förskrevs som förmånläkemedel men som därefter började förskrivas i enlighet med smittskyddslagen. Läkemedel för behandling av hepatit C har tidigare förskrivits inom förmånerna. Staten och SKR är eniga om att staten för perioden bidrar till finansieringen av dessa läkemedel på samma sätt som har gällt för de senaste överenskommelserna dvs, regionerna erhåller ett bidrag motsvarande 70 procent av de beräknade läkemedelskostnaderna för behandling av hepatit C, dvs 323 miljoner kronor. Staten och SKR är överens om att bidraget på 70 procent av kostnaden för läkemedelsbehandling för hepatit C är för den behandling som sker med hepatit C-läkemedel som introducerats år 2014 eller senare och i enlighet med TLV:s beslut om dessa läkemedel.

Tabell 1 Överenskommet nettobelopp 2025

| | Bruttobelopp 2025 (mnkr) | Statens del av återbäringarna 2025 (mnkr) | Överenskommet nettobelopp 2025 (mnkr) |
|------------------------------|-------------------------------------|--|--|
| Läkemedelsförmånerna | 41 000 | | |
| Justerat högkostnadsskydd | -540 | | |
| Hepatit C (70%) | 323 | | |
| Summa: | 40 783 | 1 708 | 39 075 |
| Övrigt | 1 620 | | 1 620 |
| Totalt | | | 40 695 |

3. Vinst- och förlustdelningsmodell

Om regionernas totala kostnader för läkemedelsförmånerna tillsammans med regionernas kostnader för läkemedel för behandling av hepatit C justerat för statens andel av återbäringarna överstiger det överenskomna beloppet på 39 075 miljoner kronor med mer än 3 procent förbinder sig staten att finansiera 50 procent av avvikelsen över 3 procent. På motsvarande sätt ska en återbetalning ske till staten i de fall kostnaderna skulle bli mer än 3 procent lägre än överenskommet belopp, se *bilaga 1*.

Eventuella regleringar kopplade till det justerade högkostnadsskyddet är undantagna från vinst- och förlustdelningsmodellen, se *bilaga 1*.

4. Övrigt

4.1 Prissättning

Parterna är eniga om att inga avtal som ger regionerna återbäring för läkemedel inom läkemedelsförmånerna, utöver de avtal som tas fram inom ramen för eller som en följd av TLV:s ärendehandläggning ska tecknas mellan enskilda regioner och läkemedelsföretag under avtalsperioden. I det fall enskilda regioner ingår överenskommelser med läkemedelsföretag om kostnadsreduktioner för läkemedel inom förmånerna kommer motsvarande belopp som kostnadsreduktionen uppgår till att dras av kommande års bidrag för de regioner som har genomfört sådana förhandlingar. Skälet till denna ordning är vikten av att fortsatt upprätthålla en sammanhållen nationell process för prissättning av läkemedel. Genom en nationell process bibehålls lika förutsättningar över landet beträffande prissättningen av läkemedel. SKR ska i januari 2026 redovisa ifall sådana lokala överenskommelser förekom 2025.

4.2 Nya arbetssätt och utökad samverkan

I överenskommelsen om statens bidrag till regionerna för kostnader för läkemedelsförmånerna m.m. 2024 enades parterna om att analysera och utveckla förutsättningarna för att förbättra tillgången till nya effektiva läkemedel och samtidigt arbeta för ett långsiktigt hållbart system för att säkerställa en god och jämlik tillgång till läkemedel till rimliga kostnader för patienter med både vanliga och ovanliga hälsotillstånd.

Arbetet under 2024 har i huvudsak handlat om att identifiera de olika behov och utmaningar som parterna står inför inom läkemedelsområdet. Systemet

är komplext, och parterna har enats om att det krävs ett antal gemensamma insatser för att förbättra både tillgången till läkemedel och en långsiktigt hållbar finansiering.

Bland de utmaningar som parterna har identifierat finns behovet av en reviderad solidarisk finansieringsmodell som kan bidra till en mer rättvis kostnadsfördelning för sjukdomar med ojämn geografisk spridning. Parterna ser också utmaningen i att vissa kostnadskrävande läkemedelsterapier med osäker långsiktig effekt behöver hanteras genom gemensamma modeller för riskdelning och finansieringsansvar.

En annan viktig fråga är att stärka strukturerna för förhandlingar och avtal för att kunna säkra rimliga kostnader och skapa priskonkurrens för läkemedel. Detta kräver tydlig samverkan och effektiv resursanvändning, där utmaningarna inom området skiljer sig beroende på parternas olika roller och ansvar i förhandlingsprocessen.

Sammanfattningsvis har parterna identifierat och enats kring flera utvecklingsområden som kommer att kräva fortsatt analys och gemensamma insatser framöver för att etablera ett kostnadseffektivt och jämlikt system som möter både dagens och framtidens behov.

Parterna är därför överens om att inom ramen för statens bidrag till regionerna för kostnader för läkemedelsförmånerna m.m. 2025:

- bedriva ett gemensamt utvecklingsarbete med målet att ta fram ett förslag till en reviderad modell för solidarisk finansiering av läkemedel för sjukdomar med ojämn geografisk spridning. Utvecklingsarbetet ska omfatta både recept- och rekvisitionsläkemedel och syfta till en långsiktigt hållbar modell. Arbetet ska utgå från Socialstyrelsen uppdrag att ta fram underlag över geografisk fördelning av vissa hälsotillstånd i Sverige (S2024/02156)
- se över hur finansiellt utrymme och stärkt riskdelning kan skapas för att förbättra tillgången till vissa läkemedel för sällsynta hälsotillstånd eller särskilt angelägna läkemedelsterapier. Arbetet ska innefatta en översyn av möjliga förslag för riskdelning och delat finansieringsansvar mellan staten och regionerna

- arbeta för att stärka förutsättningarna för förhandling och tecknandet av avtal. Inom ramen för det ska regionerna intensifiera redan påbörjat utvecklingsarbete som syftar till att skapa ett ramverk för ändamålsenliga och genomförbara förhandlingar om avtal inklusive olika typer av avtalskonstruktioner och hur behov av transparens ska hanteras. Arbetet ska också innefatta att tydliggöra när och hur avtalskonstruktioner kan tillämpas för att generera lägre läkemedelskostnader för befintliga läkemedel inom läkemedelsförmånerna. Arbetet ska bedrivas av regionerna, i nära samverkan med TLV. Samtidigt pågår TLV:s egeninitierade arbete med att utveckla ärendehandläggningen inklusive processen för trepartsöverläggningar i nära samverkan med regionerna. Syftet är att stärka regionernas och läkemedelsföretagens förutsättningar att förhandla och ingå avtal.
- Formerna för långsiktig resurssättning av arbetet kring avtal ska ses över.
- Staten åtar sig att se över hur en förenklad administration och uppföljning av regionsubventionerade läkemedel kan åstadkommas. Arbetet ska ske i samverkan med regionerna.
- Regionerna fortsätter verka för en rationell och tillförlitlig läkemedelsanvändning. Arbetet med s.k. likvärdighetsbedömningar i syfte att öka priskonkurrens och stärka arbetet med en kostnadseffektiv läkemedelsanvändning ska vidareutvecklas. Detta kan bl.a. ske inom ramen för etablerade regiongemensamma strukturer och de befintliga regiondialogerna med TLV.

4.3 Terminsvisa intressentdialoger

För att nå det långsiktiga målet om ett system med hållbara kostnader, där effektiva läkemedel är tillgängliga för patienter med såväl vanliga som ovanliga hälsotillstånd, krävs en bred samverkan mellan alla aktörer inom hälso- och sjukvården. Det handlar om att inkludera beslutsfattare, myndigheter, branschföreträdare, regioner samt SKR. Genom att samla olika perspektiv och expertis kan vi gemensamt adressera de komplexa utmaningar som finns och tillsammans verka för ett ändamålsenligt system för alla aktörer.

Parterna ser därför ett behov av terminsvisa dialoger med representanter från dessa intressentgrupper. Genom dialoger kan behov identifieras och strategier diskuteras för att skapa ett hållbart system som säkerställer att patienter effektivt får tillgång till de läkemedel de behöver.

4.4 Utbetalning av bidrag

Det som anges ovan gällande avtal för läkemedel inom förmånerna påverkar inte regionernas möjlighet att upphandla läkemedel som rekquireras till vården. Vidare är parterna överens om att regionerna och staten ska dela på utfallet av den återbäring som gemensamt framtagna avtal inom ramen för TLV:s arbete resulterar i. Detta gäller för läkemedel som omfattas av denna överenskommelse, dvs. förmånsläkemedel och vissa läkemedel förskrivna enligt smittskyddslagen. Under 2025 ska 60 procent av återbäringen tillfalla regionerna och 40 procent tillfalla staten. Utbetalningen av bidrag till respektive region ska baseras på beloppen i Socialstyrelsens prognos per den 30 oktober 2024 justerat för statens andel av den av TLV prognosticerade återbäringen för avtal under 2025 per den 17 november 2024. Justeringen ska även omfatta de aviserade besparingarna som följer av att högkostnadsskyddet för läkemedel ska justeras enligt regeringens budgetproposition för 2025. Se *bilaga 1* för det samlade nettostatsbidraget.

4.5 Sortiment- och leveransinformation för dosdispenserade läkemedel

Parterna är överens om att 11 miljoner kronor ska avsättas till E-hälsomyndigheten (EHM) under 2025 för ersättning avseende kostnader för drift och utveckling av befintliga system för sortiments- och leveransinformation för dosdispenserade läkemedel (SOL-tjänsterna). Regionernas ersättning enligt avtalet minskas därför under 2025 med motsvarande belopp.

4.6 Internationellt samarbete för horisontspaning på nya läkemedel

Regeringen beslutade i januari 2020 att, för Sveriges del, underteckna ett avtal om att gå med i ett internationellt samarbete om horisontspaning på nya läkemedel, International Horizon Scanning Initiative (IHSI). Horisontspaning görs i dag framför allt av regioner men till viss del även av myndigheter. Samarbetet medför effektivitetsvinster då tidskrävande insamling och sammanställning av information om kommande läkemedel

kan frigöras för mer tid till mer avancerade analyser, planering och överläggningar med företag.

Ett medlemskap i IHSI innebär för Sveriges del en årlig medlemsavgift på högst 8 miljoner kronor per år. Parterna är överens om att regionerna ska stå för 2/3 av kostnaden. Vid ändrade förutsättningar får fördelningen ses över.

För 2025 uppgår den totala medlemsavgiften till högst € 541 958 (motsvarande cirka 6 206 091 kronor med medelväxelkursen tredje kvartalet 2024, € = 11,45124 SEK) varav regionernas del uppgår till högst € 361 305 (motsvarande cirka 4 137 390 kronor med växelkursen ovan). Parterna är överens om att högst € 361 305 (motsvarande cirka 4 137 390 kronor med växelkursen ovan) ska utbetalas under 2025 till SKR för ersättning till IHSI. Växelkursen som gäller när Kammarkollegiets utbetalning genomförs ska tillämpas. Regionernas ersättning enligt avtalet minskas därför för 2025 med motsvarande belopp.

Sverige representeras i IHSI:s generalförsamling av Regeringskansliet i nära samverkan med regionerna. SKR deltar som affilierad medlem i IHSI.

4.7 Strukturerad information om läkemedel för förbättrad patientsäkerhet

Parterna är överens om att 2 000 000 kronor ska avsättas till SKR för fortsatt arbete med förbättrad läkemedelsinformation.

SKR:s stödfunktion för strukturerad vårdinformation läkemedel förvaltar och vidareutvecklar en kunskapsbank som innehåller uppgifter inom läkemedelsområdet. Uppgifterna som SKR hanterar rör läkemedel och hantering av läkemedel på olika sätt. I kunskapsbanken finns det bl.a. en beskrivning av läkemedelsbegrepp som används i olika sammanhang inom vården. Därutöver innehåller kunskapsbanken insamlad information om bland annat processer för ordination, förskrivning och administrering av läkemedel utifrån vårdens perspektiv. Informationen är strukturerad i form av olika modeller och kallas för Läkemedelsdomänen. Informationen kan ses som utgångspunkt för till exempel behovsanalys eller underlag för upphandling av vårdinformationssystem.

Läkemedelsdomänen bör övergå i en permanent förvaltning och därmed finansieras på annat sätt än via överenskommelse mellan staten och SKR. För att möjliggöra en övergång inkluderas finansiering av

läkemedelsdomänen i överenskommelsen under 2025 för att sedan avslutas. Ambitionen är att flytta över läkemedelsdomänen till lämplig statlig myndighet

Under 2025 ska SKR

- bistå i överflyttningen av läkemedelsdomänen till en permanent förvaltning
- bistå i etablering av former för fortsatt samarbete på nationell nivå inom området läkemedelsinformatik
- avsluta arbetet inom ramen för överenskommelsen under år 2025.

Dialoger om fortsatt utveckling och framtida förvaltning ska under året ske med berörda statliga myndigheter. SKR och regeringen är överens om att ha en avstämning om arbetet i maj 2025 samt vid behov kontinuerliga avstämningar under året.

5. Fördelnings- och utbetalningsordning

Parterna är överens om att principerna i den fördelningsordning som hittills har gällt ska tillämpas under avtalsperioden. Behovsmodellen finns beskriven i *bilaga 1*.

Parterna är överens om att den utbetalningsordning som gällt under 2024 fortsatt ska gälla under 2025. Det vill säga ett samlat nettostasbidrag där statens andel av återbäringar redan på förhand dras av den ersättning som utgår till regionerna. Under 2025 justeras också för den aviserade besparingen som följer av det justerade högkostnadsskyddet i enlighet med regeringens budgetproposition för 2025. Hela bidraget fördelas sedan mellan regionerna enligt en särskild behovsmodell. Utbetalningen av Kammarkollegiet sker fortsatt per månad med 1/12 av årets bidrag.

Staten och SKR ska gemensamt göra en avstämning per den 31 december 2025, vilken ska ligga till grund för en slutlig reglering av bidraget. Slutregleringen görs senast i den utbetalning som sker i mars.

6. Finansiering

Medel utbetalas från det under utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg för budgetåret 2025 uppförda anslaget 1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna, anslagspost 2 Bidrag för läkemedelsförmånerna i

enlighet med överenskommelsen, under förutsättning att riksdagen beviljar medel för detta ändamål. Beslut om utbetalning av medel sker i regleringsbrev för respektive år avseende anslaget 1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna.

Beslut om utbetalning av medel till EHM för SOL-tjänsterna och SKR för strukturerad information om läkemedel och förbättrad patientsäkerhet sker i regleringsbrev för 2025 avseende anslaget 1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna och anslaget 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård. Medlen betalas ut engångsvis efter rekvisition av respektive part till Kammarkollegiet senast den 1 december 2025. Rätten till bidrag förfaller om rekvisition inte inkommit inom denna tid. Medel som inte har använts för avsedda ändamål ska återbetalas till Kammarkollegiet senast den 31 mars 2026.

En ekonomisk redovisning för kalenderåret 2025 som visar hur de medel som tilldelats EHM respektive SKR har använts ska lämnas till Kammarkollegiet senast den 31 mars 2026.

7. Godkännande av överenskommelsen

Överenskommelsen har upprättats i två exemplar varav parterna tagit var sitt.

För staten genom
Socialdepartementet

Stockholm
den 19 december 2024

Miriam Söderström
Statssekreterare

För Sveriges Kommuner och
Regioner

Stockholm
den 20 december 2024

Palle Lundberg
Verkställande direktör

Bilaga 1

Utbetalningsordning

För år 2025 erhåller regionerna totalt 40 695 miljoner kronor.

Huvuddelen av bidraget, 40 679 862 610 kronor, fördelas mellan regionerna enligt en särskild behovsmodell. Utbetalningen av Kammarkollegiet sker per månad med 1/12 av årets bidrag.

Bidraget för regionernas kostnader för SOL-tjänsterna på 11 000 000 kronor utbetalas av Kammarkollegiet till EHM engångsvis efter rekvisition av EHM senast den 1 december 2025.

Bidraget för regionernas andel av ersättning till IHSI på högst € 361 305 (motsvarande 4 137 390 med växelkursen tredje kvartalet 2024, € = 11,45124 SEK) utbetalas till SKR engångsvis efter rekvisition till Kammarkollegiet. För mer detaljer se avsnitt 4.3 Internationellt samarbete för horisontspaning på nya läkemedel. Mellanskillnaden mellan det preliminära beloppet och det slutgiltiga beloppet för IHSI ska justeras senast i samband med den utbetalning till regionerna som sker i februari nästkommande år, ifall mellanskillnaden överstiger 100 000 SEK.

Bidraget för SKR:s arbete med strukturerad information om läkemedel för förbättrad patientsäkerhet på 2 000 000 kronor betalas ut engångsvis efter rekvisition av SKR senast den 1 december 2025.

Behovsmodellen

Behovsmodellen för läkemedel syftar till att fördela statsbidraget till regionerna efter bedömt behov och inte efter faktisk förbrukning. Som en del i behovsmodellen ingår också att, genom en solidarisk finansiering mellan regionerna, ta hänsyn till en mycket ojämn fördelning av patienter mellan regionerna med en viss sjukdom som kräver kostsam läkemedelsbehandling. Behovsmodellen baseras på förbrukningen av läkemedel i olika åldrar, men dessutom tas hänsyn till att behovet skiljer sig åt med hänsyn till socioekonomiska förhållanden som utbildningsnivå, inkomst och hushållstyp. Variablerna kombineras på olika sätt beroende på ålder. Sammantaget rör det sig om 22 grupper/kombinationer per region.

För barn och unga upp till och med 18 år görs en uppdelning i 0 år, 1–5 år och 6–18 år. Dessutom delas de upp efter om de bor i hushåll med en inkomst per konsumtionsenhet under eller över medianen. Samtliga inkomster inklusive kapitalinkomster räknas in i den disponibla inkomsten.

För vuxna mellan 19 och 79 år görs en uppdelning i 19–49 år, 50–69 år och 70–79 år. Dessutom delas de upp efter utbildning och hushållsinkomst. Variabeln utbildning består av två grupper, de med låg utbildning (maximalt en gymnasieutbildning) respektive hög utbildning. Variabeln hushållsinkomst består av två grupper, under respektive över median.

För de som är 80 år och äldre görs en uppdelning i 80–89 år och 90 år och äldre. Dessutom delas de upp efter om de är ensamboende eller inte.

Gruppens andel av befolkningen mäts i respektive region per den 31/12 tre år innan bidragsåret och multipliceras med den genomsnittliga läkemedelskonsumtionen för respektive grupp. Skillnader i utfall förklaras i sin helhet av skillnader i befolkningsstruktur då samma ”prisappar” används för samtliga regioner. Varje region erhåller genom denna beräkning en modellkostnad. Denna modellkostnad justeras sedan så att genomsnittet för samtliga regioner sammanfaller med det av staten avsatta statsbidraget.

Modell för den solidariska finansieringen

Kostnaderna för den solidariska finansieringen ryms inom ramen för det särskilda statsbidraget för kostnaderna för läkemedelsförmånerna. Den principiella bedömningsgrunden är att alla punkter nedan måste vara uppfyllda för att läkemedelsbehandling för en enskild sjukdom ska kunna omfattas av den solidariska finansieringen. Kriterierna är följande:

- att det föreligger en mycket ojämn fördelning av patienter mellan regioner med en viss sjukdom som kräver läkemedelsbehandling
- att läkemedelsbehandlingen är kostsam och medför en betydande kostnad för en enskild region jämfört med andra regioner. Kostnaden måste vara minst 30 kronor per invånare över riksgenomsnittet.
- att läkemedlet är dokumenterat effektivt

För att en sjukdom ska omfattas av den solidariska finansieringen måste alla tre ovanstående kriterier vara uppfyllda. Endast betydande kostnader för en sjukdom jämfört med andra regioner ska kunna omfattas av den solidariska finansieringen. Modellen innebär att regioner som inte har betydande kost-

nader för en sjukdom inte heller kommer att få ersättning inom ramen för den solidariska finansieringen. De regioner som omfattas av den solidariska finansieringen kommer dessutom vid förskrivning stå för en definierad del av kostnaderna själva enligt en trappstegsmodell. Ökar kostnaden för förskrivningen av ett läkemedel i en region ökar också den enskilda regionens kostnader. Minskar kostnaden för förskrivningen bör således också regionens kostnader minska.

För regioner med betydande kostnader ökar ersättningen successivt i olika trappsteg. Ersättningen ska dock aldrig bli fullständig, det ska alltid kosta något att använda läkemedel.

Ersättningstrappa

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

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

Hantering av avvikelser i högkostnadsskyddet

I regeringens budgetproposition för 2025 aviserades en korrigerig av stegen i högkostnadstrappan. Under 2025 beräknas denna korrigerig minska statens ersättning till regionerna med 540 miljoner kronor. Parterna är överens om att en justering ska göras i det fall korrigerig av högkostnadstrappan av oförutsedda anledningar träder i kraft senare än 1 juli 2025. Om så inträffar ska justeringen göras i samband med avstämningen för en eventuell vinst-och förlustdelning. Eventuella avvikelser ska justeras för senast i den utbetalning som sker i mars 2026. Träder korrigerig i kraft senare än 1 juli 2025 justeras bidraget motsvarande 90 miljoner kronor per månad.

Reglering av nettostatsbidraget

I januari 2026 görs en avstämning av utfallet av nettostatsbidraget för 2025 i enlighet med överenskommen vinst- och förlustdelningsmodell. Det vill säga, en avstämning av utfallet av kostnaderna för läkemedelsförmånerna och kostnaderna för läkemedel mot hepatit C, justerat för statens andel av återbäringarna, samlat. Avstämningen sker mot det belopp som definieras i denna överenskommelse och som baseras på Socialstyrelsens prognos av läkemedelskostnader per den 30 oktober 2024 och TLV:s prognos av återbäringen per den 17 november 2024. Baserat på utfallet av detta är avsikten att eventuella justering av bidraget för läkemedelsförmånerna och återbäringarna ska ske på aggregerad nivå i utbetalningen i mars månad 2026.

Eventuella regleringar till följd av avvikelser från besparingen kopplad till det justerade högkostnadsskyddet är undantagna från vinst- och förlustdelningsmodellen och beskrivs i avsnitt nedan.

Vinst- och förlustdelningsmodell för 2025

Tabell 2 Vinst- och förlustdelning för läkemedelsförmånerna och hepatit C 2025 justerat för statens andel av återbäringarna

| | Prognos 2025 (mnkr) | Utfall 2025, gräns nedåt (mnkr) | Utfall 2025, gräns uppåt (mnkr) |
|---|------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Kostnad Läkemedelsförmånerna Justerat högkostnadsskydd Hepatit C (70%) ¹ - statens andel av återbäringarna (40%) ² | 39 075 | 37 903 | 40 247 |
| Statsbidrag Läkemedelsförmånerna Justerat högkostnadsskydd Hepatit C (70%) - statens andel av återbäringarna (40%) | 39 075 | 39 075 | 39 075 |

Exempelberäkning: Vid utfall 42 000 miljoner kronor utgår statsbidrag med 39 075 miljoner kronor plus $0,5(42\,000 - 40\,247) = 877$ miljoner kronor i förlustdelning.

Om utfallet av läkemedelsförmånerna och 70% av kostnaden av läkemedel för behandling av hepatit C, justerat för oförutsedda avvikelser i höjningen av högkostnadsskyddet, se *hantering av avvikelser i högkostnadsskyddet*, samt utfallet av statens andel av återbäringarna, ligger inom intervallet +/-3 procent i förhållande till statsbidraget 2024, det vill säga inom 40 247 – 37 903 miljoner kronor, sker ingen bidragsförändring. För kostnader under 37 903 miljoner kronor justeras kommande statsbidragsutbetalning ned med 50 procent av avvikelsen från gränsen nedåt.

För kostnader över 40 247 miljoner kronor justeras kommande statsbidragsutbetalning upp med 50 procent av avvikelsen från gränsen uppåt.

¹ Regionerna erhåller bidrag motsvarande 70 procent av de beräknade läkemedelskostnaderna för behandling av hepatit C, för 2025 beräknas summan till 323 mnkr, se avsnitt 2 Den ekonomiska omfattningen

² Under 2025 ska 60 procent av återbäringen tillfalla regionerna och 40 procent tillfalla staten, se avsnitt 4.3 Utbetalning av bidrag

Bilaga 2

Information som ska ingå i rekvisition och ekonomisk redovisning avseende från Kammarkollegiet rekvirerade medel inom ramen för denna överenskommelse

| Rekvisition | Ekonomisk redovisning |
|--|---|
| 1. Kontaktuppgifter Bidragsmottagare Organisationsnummer Kontaktperson Postadress Telefon inkl. riktnummer Faxnummer E-postadress | 1. Kontaktuppgifter Bidragsmottagare Organisationsnummer Kontaktperson Postadress Telefon inkl. riktnummer Faxnummer E-postadress |
| 2. Bidrag som ansökan avser Regeringskansliets diarienummer för bakomliggande överenskommelse Regeringskansliets diarienummer för regeringsbeslut avseende utbetalning Överenskommelsens benämning Belopp som rekvireras Rekvisitionen avser perioden | 2. Bidrag som ansökan avser Regeringskansliets diarienummer för bakomliggande överenskommelse Regeringskansliets diarienummer avseende regeringsbeslut för utbetalning Överenskommelsens benämning Summa bidrag enligt överenskommelsen Summa bidrag som utbetalats från regeringen/Regeringskansliet Period som den ekonomiska redovisningen avser |
| 3. Uppgifter för utbetalning Bankgiro/Plusgiro Önskad betalningsreferens | 3. Redovisning av verksamhet eller aktivitet Bidrag som erhållits av regeringen/Regeringskansliet Kostnader Kostnader (specificera större kostnadsposter) Summa kostnader Medel som inte har förbrukats (Bidrag – kostnader) |

| | |
|---|--|
| <p>4. Underskrift i original av behörig företrädare Bidragstagaren intygar att lämnade uppgifter är riktiga samt försäkrar att bidraget kommer att användas enligt den gemensamma överenskommelsen. Datum Underskrift Namnförtydligande</p> | <p>4. Ekonomichefens (eller motsvarande) granskning av den ekonomiska redovisningen Alt 1: N.N. (ekonomichefen eller motsvarande) intygar att den ekonomiska redovisningen under punkt 3 är korrekt. Alt 2: N.N. (ekonomichefen eller motsvarande) bedömer inte att den ekonomiska redovisningen under punkt 3 är korrekt. (Avvikelserna och eventuella åtgärder ska också redovisas.) Namn Befattning Telefon inkl. riktnummer E-postadress</p> |
| | <p>5. Underskrift i original av behörig företrädare Bidragstagaren intygar att lämnade uppgifter är riktiga. Datum Underskrift Namnförtydligande</p> |