

# Skillnader i kostnader mellan olika typer av preventivmedel

Problem och åtgärdsförslag  
inom oförändrad kostnadsram

Socialstyrelsen klassificerar sin utgivning i olika dokumenttyper. Detta är en *Uppföljning och utvärdering*. Det innebär att den innehåller uppföljningar och utvärderingar av reformer, lagstiftning och/eller verksamheter som kommuner, landsting och enskilda huvudmän bedriver inom hälso- och sjukvård, socialtjänst, hälsoskydd och smittskydd. Den innehåller analys av insamlade data och i förekommande fall forskning som man kan dra generella slutsatser av och som kan användas för att förändra och utveckla verksamheten. Kraven på vetenskaplighet tillgodoses genom att vetenskaplig expertis medverkar. Socialstyrelsen svarar för slutsatser och förslag.

ISBN           91-85482-19-6  
Artikelnr      2006-103-1

---

Publicerat     [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se), mars 2006

# Förord

---

Den här rapporten behandlar ett regeringsuppdrag som ställer frågan huruvida skillnaden i kostnader mellan olika typer av preventivmedel innebär problem. Socialstyrelsen förutsätts i så fall komma med förslag till att åtgärda problemet. Socialstyrelsen har bl.a. undersökt enskilda personers egenavgifter och om prisskillnader påverkar valet av preventivmedel samt landstingens kostnader för preventivmedel.

Det föreslås en ändring i lagen (1974:525) om ersättning för viss födelsekontrollerande verksamhet. En sådan ändring skulle göra det möjligt för landstingen att ta ut en avgift för t.ex. kopparspiraler eller pessar som i dag tillhandahålls kostnadsfritt.

Rapporten har tagits fram av *Anders Hedberg* (projektledare), *Hans Schwarz* och *Elin Siljehag*. *Ulla Hultgren*, Apoteket AB, *Örjan Eriksson* och *Andrejs Leimanis*, Socialstyrelsen har bidragit med statistiskt underlagsmaterial. Arbetet har letts av en styrgrupp som bestått av *Monica Albertsson* och *Susanne Gullack-Flyrén*.

Under arbetets gång har en referensgrupp getts möjligheter att följa arbetet. Referensgruppen har haft följande sammansättning: *Karolina Antonov*, Apoteket AB, *Niklas Hedberg*, Läkemedelsförmånsnämnden, *Hasse Knutsson*, Sveriges kommuner och landsting, *Christina Rogala*, RFSU, *Viveca Odling*, Läkemedelsverket samt *Ulla Holmström* och *Kristina Eriksson*, Socialstyrelsen.

Kjell Asplund  
Generaldirektör



# Innehåll

---

<b>Förord</b>	<b>3</b>
<b>Sammanfattning</b>	<b>7</b>
<b>Inledning</b>	<b>9</b>
Uppdrag	9
Bakgrund	9
Preventivmedelsanvändning	10
Metod och genomförande	11
Individens årskostnader och graviditetsrisker	11
Landstingens och brukarnas totala kostnader	12
Skillnader i landstingens subventioner av p-piller	12
Kostnads känsligheten hos kvinnor i olika åldersgrupper	12
Samhällets alternativkostnader för aborter	12
<b>Preventivmedel – lagstiftning och regelverk</b>	<b>13</b>
Lagstiftning om abort- och preventivmedelsrådgivning	13
Lag (1974:525) om ersättning för viss födelsekontrollerande verksamhet m.m.	13
Rådgivning i födelsekontrollerande syfte m.m.	14
Läkemedelsförmånen	14
Statsbidrag för läkemedelsförmånen	15
Läkemedelskostnadernas komponenter	15
Patientens egenavgift	15
Högekostnadsskydd	16
Landstingssubvention (receptförmån)	16
Regelverk för medicintekniska produkter	18
<b>Födelsekontrollerande metoder</b>	<b>19</b>
Naturlig familjeplanering och P-dator	19
Barriärmetoder	19
Kondomer	20
Pessar	21
Hormonella metoder	22
P-piller	22
Akut-p-piller	25
Icke-orala gestagenmetoder	27
P-sprutan	27
P-stavar	28
Vaginalring	30
Depotplåster	31
Livmoderinlägg	32
Kopparspiral	32
Hormonspiral	34
Sterilisering	34

Årskostnader och graviditetsrisk	36
<b>Preventivmedlens användning och kostnader</b>	<b>38</b>
Preventivmedlens kostnader för brukare och landsting utan subvention	38
Preventivmedlens relativa användning och andelar av den totala försäljningen	40
Kostnadsutvecklingen för p-piller	42
Subventionseffekt på p-piller vid kostnadsbeläggning av kopparspiralen	44
<b>Landstingens subventionering av p-piller</b>	<b>45</b>
Landstingssubventionernas del av egenavgiften	45
En jämförelse mellan subventionerade och icke subventionerade områden	46
Ungdomars faktiska kostnader för p-piller	48
Administrativt merarbete för apoteken	49
<b>Aborter – utveckling och kostnader</b>	<b>51</b>
Aborttal, födelsetal och graviditetstal	52
Uppskattade totala vårdkostnader för aborter i Sverige	52
<b>Priskänslighet för preventivmedelskostnader</b>	<b>56</b>
<b>Diskussion och slutsatser</b>	<b>59</b>
Socialstyrelsens förslag	61
Förslag till ändring i Lag (1974:525) om ersättning för viss födelsekontrollerande verksamhet m.m.	61
<b>Referenser</b>	<b>63</b>
<b>Bilagor</b>	<b>67</b>
Bilaga 1. Aborttal, födelsetal och graviditetstal	67

# Sammanfattning

---

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att analysera om skillnaden i kostnader mellan olika typer av preventivmedel innebär problem och i så fall komma med förslag för att åtgärda problemen. Eventuella förslag från Socialstyrelsens sida får inte medföra ökade kostnader för stat, landsting och kommuner.

I den riksdagsmotion som ligger till grund för uppdraget diskuteras möjligheten att låta landstingen ta ut en mindre summa för t.ex. kopparspiraler, för att kunna subventionera p-piller. Målsättningen var att ingen kvinna skulle behöva betala mer än 100–150 kronor per år för preventivmedel. Ungdomar under 23 år skulle eventuellt behöva betala ännu mindre. Socialstyrelsen har därför undersökt möjligheterna att kostnadsbelägga kopparspiralen och uppskattat effekterna på p-pillerpriset om intäkterna i stället skulle användas för att ytterligare subventionera p-piller till unga kvinnor.

När abortlagen trädde i kraft 1974 var utbudet av olika typer av preventivmedel betydligt mindre än i dag. En kompletterande lag (1974:525) om ersättning för viss födelsekontrollerande verksamhet m.m. föreskrev också att rådgivning och preventivmedel som utlämnas i anslutning till den ska tillhandahållas kostnadsfritt. Kostnadsfri utprovning och insättning av kopparspiraler och pessar var då rimliga åtgärder som ett led i ansträngningarna att förebygga aborter och oönskade graviditeter. Sedan dess har det skett många förändringar på området, bl.a. har antalet sålda kopparspiraler och pessar minskat kraftigt. Det abortförebyggande arbetet är fortfarande högt prioriterat, men utbudet av preventivmetoder är i dag större och man kan alltså ifrågasätta om kostnadsfrihet för kopparspiraler och pessar fortfarande har lika stor betydelse för den abortförebyggande verksamheten bland unga kvinnor. Men det är viktigt att abort inte blir en ersättning för preventivmedel. Aborttalet bland tonåringar har ökat sedan mitten av 1990-talet, vilket är oroande och pekar på vikten av en välfungerande undervisning och rådgivning för ungdomar.

Den enskilde brukarens kostnader för de hormonella preventivmedlen beror på leverantörens pris, samhällets läkemedelsförmån (högkostnadsskyddet) och speciella landstingssubventioner till ungdomar. Landstingssubventionerna varierar från ett landsting till ett annat enligt principer som de själva fastställer. Samtliga landsting utom Västerbotten subventionerar i dag p-piller och i vissa fall även andra preventivmedel till ungdomar, i vissa fall t.o.m. 24 år. Landstingens subventioner av egenavgifter för p-piller varierade mellan 0 och 100 procent. I de flesta landsting täcker subventionerna 50 procent eller mer av kostnaderna. Något samband mellan subventioneringsgrad av p-piller och antalet aborter har inte kunnat påvisas.

Totalkostnaden för p-piller i löpande priser uppgick år 2004 till 204,7 miljoner kronor och landstingens inköpskostnader för kopparspiraler uppgick samma år till cirka 7,4 miljoner kronor. Om landstingen skulle ta betalt för kopparspiraler skulle man uppskattningsvis kunna minska p-piller-

kostnaderna för ungdomar under 23 år med cirka 10 procent. Effekten på p-pillerpriset skulle alltså bli förhållandevis liten.

Socialstyrelsens kartläggning av skillnaden i kostnader mellan olika typer av preventivmedel utan läkemedelsförmån och eventuell landstingssubvention visar att årskostnaden är högst för de preventivmedel som inte är förmånsberättigade och inte heller omfattas av någon landstingssubvention (kondom, p-ring, p-plåster).

Socialstyrelsen har uppskattat att landstingens och brukarnas totala kostnader för alla typer av preventivmedel år 2004 var cirka 408 miljoner kronor, av vilka de medicintekniska produkterna (kondom, pessarspiraler och p-dator) svarade för cirka 20 procent. I den här uppskattningen innefattas inte kostnaderna för sterilisering, som är cirka 52 miljoner kronor. De totala kostnaderna för olika typer av preventivmedel inklusive sterilisering kan alltså uppskattas till cirka 460 miljoner kronor. Osäkerheten är störst när det gäller antal och omsättning av kondomer, där heltäckande statistik saknas.

Kostnadskänsligheten hos olika grupper av p-pilleranvändare har undersökts med hjälp av uppgifter från SCB:s undersökning av svenska folkets levnadsförhållanden (ULF) 1996/97. Sannolikheten för aktuell p-pilleranvändning undersöktes samtidigt som man kontrollerade för ålder, civilstånd, deklarerad arbetsinkomst, rökvanor, body mass index (BMI), födelseland och utbildning. Resultaten tyder på att deklarerad arbetsinkomst, etnisk bakgrund och utbildning kan ha viss betydelse för p-pillerutnyttjandet. Den femtedel av urvalet som saknade inkomst eller hade en deklarerad årsinkomst under 14 100 kronor hade en signifikant lägre sannolikhet för att ha använt p-piller under de senaste 14 dagarna jämfört med dem som hade en årsinkomst på 14 200 kronor eller mer.

Kvinnors val av preventivmetod styrs inte bara av priset utan också av eventuella biverkningar, risken att bli gravid och risken för sexuellt överförbara infektioner liksom av faktorer som preventivmedlens tillgänglighet, individuell motivation m.m. Rådgivningsverksamheten är en etablerad verksamhet och att subventionera preventivmedel kan spara kostnader för landstingen jämfört med vårdkostnaderna för aborter. Socialstyrelsen har beräknat att landstingen skulle kunna spara cirka 2,8 miljoner kronor för varje procents minskning av aborttalet genom att satsa på preventivmetoder. Det finns därför inte skäl att befara att landstingen skulle dra ned på ambitionerna för den här verksamheten.

Socialstyrelsen anser att preventivmedelsrådgivning även fortsättningsvis ska vara kostnadsfri. Det bör däremot vara sjukvårdshuvudmannens uppgift att avgöra om man ska ta ut en avgift eller inte för de preventivmedel som lämnas ut i samband med preventivmedelsrådgivning. Socialstyrelsen föreslår därför att lagen (1974:525) om ersättning för viss födelsekontrollerande verksamhet m.m. ändras så att det blir möjligt.

# Inledning

---

## Uppdrag

Regeringen har gett Socialstyrelsen uppdraget att:

*analysera om eventuella skillnader i kostnader mellan olika typer av preventivmedel innebär problem. Om analysen utmynnar i att problem föreligger skall Socialstyrelsen komma med ett förslag för att åtgärda detta problem (jfr. bet. 1997/98:SoU2 och rskr 1997/98:3). Eventuella förslag får inte medföra ökade kostnader för stat, landsting och kommuner. Uppdraget skall redovisas senast den 31 december 2005.*

## Bakgrund

Genom riksdagens beslut (rskr 1997/98:3) med anledning av Socialutskottets betänkande 1997/98:SoU2 gav riksdagen regeringen tillkänna att författningsregleringen av kostnader för preventivmedelsrådgivning och preventivmedel för kvinnor på lämpligt sätt borde övervägas [53]. Ursprunget till tillkännagivandet var en motion, 1996/97:So219. Av betänkandet framgår bl.a. följande:

*Enligt motionärerna ter det sig rimligt att förmoda att speciellt yngre kvinnor är mycket kostnads känsliga i dag och att höga kostnader för preventivmedel bidrar till dålig användning och många oönskade graviditeter. Det vore därför önskvärt att kostnaderna för preventivmedel hölls låga för alla och speciellt för de yngsta. Förslag har lagts i vissa landsting att man skulle kunna finansiera p-pillersubventionering genom att ta ut en avgift för t.ex. spiraler. Dessa förslag har fallit på att lagen (1974:525) om ersättning för viss födelsekontrollerande verksamhet m.m. stadgar att preventivmedel skall tillhandahållas kostnadsfritt i samband med rådgivning för att statligt anslag till verksamheten skall utgå.*

*Motionärerna anser att preventivmedel bör kunna tillhandahållas för en låg kostnad för alla, speciellt för de yngre. Om landstingen tilläts ta en mindre summa för t.ex. spiraler, skulle detta kunna subventionera p-piller så att ingen kvinna skulle behöva betala mer än 100–150 kronor per år för preventivmedel, eventuellt lägre för ungdomar under 23 år. En lagändring bör därför enligt motionärerna komma till stånd, som ger landstingen rätt att ta ut en mindre summa för det utdelade preventivmedlet. Det är viktigt att en ny lag inte ger möjlighet till helt fri prissättning av preventivmedel, eftersom en sådan lagändring helt skulle kunna motverka sitt syfte i framtiden, heter det i motionen.*

Socialstyrelsen fick i regleringsbrevet för budgetåret 2000 (rskr 1999/2000: 76 och 93) i uppdrag av regeringen att analysera prisskillnader mellan olika typer av preventivmedel. Socialstyrelsen skulle också göra en analys av dåvarande förhållanden och ur olika aspekter belysa konsekvenserna av en ordning som fullt ut utjämnar de skillnader som finns i dagens system. Rapporten lämnades till regeringen den 2 maj 2001. Samtliga alternativ innebar i varierande grad ökade kostnader för samhället. Rapporten, som bl.a. redovisade fem olika alternativ för subventionering av preventivmedel, följdes inte av några initiativ från regeringens sida. I enlighet med uppdraget lämnas i den här utredningen endast förslag som gör det möjligt att omfördela kostnader inom den givna kostnadsramen.

## Preventivmedelsanvändning

Preventivmedel och abort är de två huvudmetoderna för födelsekontroll; den ena förebygger och den andra avbryter en oönskad graviditet [1].

Flera studier av kvinnor som gjort abort har visat att 25–70 procent inte använt någon preventivmetod vid tiden för befruktningen [2]. Att begränsa antalet oönskade graviditeter genom att tillhandahålla preventivmedel och ge råd om hur de ska användas är en viktig del av samhällets förebyggande sex- och samlevnadsarbete vid ungdomsmottagningar, mödravårdscentraler m.m.

Åldern för samlagsdebuten har sjunkit i den svenska befolkningen. År 1967 hade 8 procent av flickorna och 19 procent av pojkarna samlagsdebuterat före 16 års ålder. År 1996 var motsvarande andel 38 procent av flickorna och 34 procent av pojkarna [3]. Av preventivmedlen är kondom betydligt vanligare än p-piller vid samlagsdebuten även om relativt många, 15,6 procent, också praktiserar avbrutet samlag (*coitus interruptus*) eller inte använde någon preventivmetod alls [4]. Enligt en studie av kvinnliga universitetsstudenter har andelen som använde kondom vid första samlaget ökat från 40 till 77 procent under perioden 1989–1999 [5].

Efter samlagsdebuten ökar p-pilleranvändningen och av sexuellt aktiva unga kvinnor använde 20 procent p-piller, 15 procent kondom, 24 procent andra metoder medan 21 procent inte använde något skydd vid det senaste samlaget [3]. Enligt SCB:s undersökningar av svenska folkets levnadsförhållanden (ULF) har andelen kvinnor i åldersgruppen 16–44 år som i direktintervju uppgett att de använt p-piller under de senaste två veckorna ökat från 20 procent 1980/81 och 21 procent 1988/89 till 26 procent år 1996/97 [6]. Närmare 90 procent av alla kvinnor i Sverige kommer någon gång i sitt liv att ha använt p-piller [7]. Från och med år 1976 finns också en möjlighet att efter informerat samtycke sterilisera sig för de kvinnor och män över 25 år som absolut inte vill ha några fler barn [54]. En sexualvaneundersökning av ett representativt urval av den svenska befolkningen i åldersgruppen 18–74 år genomfördes år 1996. Enligt den studien var 8 procent av kvinnorna och 3 procent av männen själva steriliserade vid det senaste samlaget och i 2 respektive 7 procent av fallen var kvinnans eller mannens partner steriliserad [3].

Den totala risken att bli gravid varierar under kvinnans menstruationscykel. Vid tiden kring ägglossning (ovulationen) uppskattas cirka 20 procent

av alla oskyddade samlag resultera i en graviditet. Vid ett oskyddat samlag har graviditetsrisken generellt beräknats till cirka 6–7 procent [8]. Risken för graviditet vid oskyddade samlag under ett helt år är dock betydligt högre och har av WHO beräknats till 85 procent [9].

## Metod och genomförande

Kostnaden för olika typer av preventivmedel varierar. De nya preventivmedlen p-plåster (depotplåster) och p-ring (vaginalring), som inte är förmånsberättigade, är dyrast. P-piller som i dag är det vanligaste preventivmedlet bland yngre kvinnor ingår, med något undantag, i samhällets högkostnadsskydd (läkemedelsförmånen) [3]. Trots det är de dyrare än exempelvis kopparspiralen, som sätts in kostnadsfritt och är vanligare bland något äldre kvinnor.

Kondomer är i dag det enda preventivmedlet som skyddar mot både oönskade graviditeter och vissa sexuellt överförbara sjukdomar. De har i dag ett brett distributionsnät och är förhållandevis billiga i inköp. En årsförbrukning kostar mer än p-piller vid konsekvent användning, men cirka 20 procent av den totala volymen delas ut gratis vid ungdomsmottagningar och olika ungdomsevenemang [10]. Utöver de skillnader som beror på distributörens pris och samhällets subventioner finns skillnader som beror på landstingens subventioner (receptförmån). Några centrala frågeställningar i uppdraget är:

- Skillnader i brukarnas egenavgifter och årskostnader för olika typer av preventivmedel.
- Landstingens totala kostnader för olika typer av preventivmedel samt den förmånsberättigade andelen av dem som ersätts genom ett särskilt statsbidrag för läkemedelsförmånen.
- Kostnadskänsligheten hos kvinnor i olika berörda åldersgrupper.
- Huruvida skillnaden i kostnader mellan olika typer av preventivmedel påverkar valet av preventivmedel.

För att belysa de här frågeställningarna har följande åtgärder och analyser genomförts med stöd av tidigare studier, registeruppgifter och annan statistik.

### Individens årskostnader och graviditetsrisker

Med hjälp av uppgifter från Läkemedelsindustriföreningens förteckning över humanläkemedel (FASS 2004) samlade man in aktuella uppgifter om kostnader, läkemedelsförmån m.m. för de olika typerna av preventivmedel. Årskostnaderna beräknades med hänsyn till preparatens verkningstider. Sedan ställde man dem mot studier av graviditetsrisker (Pearl Index) från WHO och andra tillförlitliga källor.

## **Landstingens och brukarnas totala kostnader**

Med hjälp av Apoteket AB:s läkemedelsregister studerades brukarnas och landstingens kostnader för olika typer av hormonella preventivmedel (ATC-grupp: G03A) enligt den senaste tillgängliga statistiken (år 2004). Där så var möjligt studerades även kostnadsutvecklingen över tiden för de olika preventivmedelsgrupperna. Kostnaderna fördelades på individens egenavgifter och landstingens kostnader samt den förmånsberättigade delen av dem. Den förmånsberättigade delen (högkostnadsskyddet) ersätts av staten genom ett särskilt statsbidrag.

Offentlig statistik saknas i dag om de s.k. medicintekniska produkterna (kondom, pessar, kopparspiral, p-dator). Information om antal sålda kopparspiraler samt kostnaderna för dem samlades därför in genom direktkontakt med leverantörerna. Volymer och kostnader för kondomanvändning uppskattades med hjälp av uppgifter från de dominerande grossisterna på marknaden. Uppgifter om sålda pessar samlades också in från de två aktuella leverantörerna på marknaden.

Även sterilisering som preventivmetod studerades och kostnadsberäknades med hjälp av uppgifter från Socialstyrelsens abort- och steriliseringsregister, patientregistret för slutna somatisk vård och vårdkostnaderna enligt NordDRG 2004.

## **Skillnader i landstingens subventioner av p-piller**

Utöver de skillnader i kostnader som beror på preventivmedlens pris från leverantören och läkemedelsförmån (högkostnadsskyddet) finns också skillnader som beror på landstingens egna beslut om subvention av p-piller till unga kvinnor (bilaga 1). En redovisning av hur de här kostnaderna fördelar sig på de olika berörda åldersgrupperna ges.

## **Kostnadskänsligheten hos kvinnor i olika åldersgrupper**

Med hjälp av uppgifter från SCB:s undersökning av svenska folkets levnadsförhållanden (ULF) 1996/97 genomfördes en multipel logistisk regressionsanalys över kostnadskänsligheten hos olika grupper av p-pilleranvändare jämfört med icke p-pilleranvändare. Man studerade hur faktorer som ålder, civilstånd, deklarerad arbetsinkomst, rökvanor, body mass index, födelseland och utbildning påverkar sannolikheten för att en person använt p-piller under de senaste 14 dagarna.

## **Samhällets alternativkostnader för aborter**

Samhällets kostnader för de vanligast förekommande abortmetoderna – den farmakologiska (läkemedelsinducerad abort) och den kirurgiska metoden (vakuumaspiration, s.k. ”skrapning”) beräknades. Avsikten var att jämföra samhällskostnaderna för aborter med alternativkostnaden för preventivmedel.

# Preventivmedel – lagstiftning och regelverk

---

## Lagstiftning om abort- och preventivmedelsrådgivning

### **Lag (1974:525) om ersättning för viss födelsekontrollerande verksamhet m.m.**

År 1974 beslutades om en ny abortlag (1974:595) [50]. Samtidigt togs beslut om en lag (1974:525) om ersättning för viss födelsekontrollerande verksamhet m.m. [51]. Genom den här kompletterande lagstiftningen, med den senaste ändringen 2004:806, ville riksdagen stimulera landstingen, kommunerna och andra huvudmän att etablera rådgivningsverksamheter som ett led i ansträngningarna att förebygga aborter och oönskade graviditeter. Med stöd av den här lagen ger man i dag rådgivning om och lämnar ut preventivmedel kostnadsfritt vid ungdoms- och barnmorskemottagningar och liknande verksamheter inom staten, landstingen och kommunerna. Rådgivarna ger information om olika preventivmetoder, hjälper individen att välja lämplig preventivmetod och stödjer honom eller henne i sitt val [11].

I förarbetena till abortlagen (prop. 1974:70) anförde föredragande statsrådet Lennart Geijer följande:

*Att jämställa alla slags preventivmedel med läkemedel skulle enligt min mening innebära ett alltför stort avsteg från nuvarande principer för rabatter av läkemedel inom den allmänna försäkringen. Det skulle vidare särskilt vad gäller kondomer kräva läkares medverkan i en icke önskvärd utsträckning. När det gäller distributionen av kondomer skulle en sådan ordning dessutom kunna få den icke önskvärda effekten att den vittförgrenade distributionsapparaten som nu finns på detta område skulle brytas sönder.*

— — —

*Kostnaderna för rabatter av p-piller som förskrivs enbart i födelsekontrollerande syfte bör bestridas av sjukförsäkringen i samma ordning som kostnaderna för andra prisnedsatta läkemedel.*

*Vad gäller övriga preventivmedel anser jag att det finns anledning att i viss utsträckning tillhandahålla den försäkrade sådana medel utan kostnad i samband med preventivmedelsrådgivningen. Kopparspiral och pessar med därtill hörande första behov av kemiska medel bör alltid tillhandahållas och även insättas eller inprovvas gratis av den som står för rådgivningen.*

*Däremot bör kemiska medel samt kondomer endast tillhandahållas i begränsad omfattning i samband med rådgivningen.*

I lagen (1974:525) om ersättning för viss födelsekontrollerande verksamhet m.m. stadgas om ett särskilt statsbidrag för preventivmedelsrådgivning. Enligt 1 § får staten, landstingen och kommunerna ersättning från sjukförsäkringen för rådgivning som lämnas i födelsekontrollerande syfte eller om abort eller sterilisering. Ersättning från Försäkringskassan lämnas endast under förutsättningen att rådgivningen och de preventivmedel som utlämnas i samband med den tillhandahålls kostnadsfritt (2 §). Receptbelagda hormonella preventivmedel, som ingår i läkemedelsförmånen, omfattas inte av huvudmännens skyldighet att kostnadsfritt lämna ut preventivmedel i samband med rådgivningen. Däremot sätter barnmorskorna in kopparspiraler och provar och lämnar ut pessar helt gratis.

### **Rådgivning i födelsekontrollerande syfte m.m.**

I Förordning (1994:1121) om läkarvårdsersättning finns regler om arvoden för rådgivning i födelsekontrollerande syfte m.m.[52]. I 10 § står följande:

*För rådgivning i födelsekontrollerande syfte eller i fråga om abort eller sterilisering som lämnas i samband med en undersökning lämnas ett arvode om 625 kronor eller, under de förhållanden som anges i 6 §, ett arvode om 315 kronor. Arvodet om 315 kronor lämnas dock även om ersättningstaket i 6 § har uppnåtts. Arvodet utgör ersättning även för inprovning av pessar, insättning av livmoderinlägg eller implantation under huden och uttagande av preventivmedel. Vid rådgivning i födelsekontrollerande syfte i annat fall lämnas ett arvode som motsvarar enkelt arvode.*

*Vid gynekologisk undersökning ersätts livmoderinlägg med 320 kronor utöver arvodet enligt första stycket samt pessar, införare och det första behovet av kemiska medel med 330 kronor utöver arvodet enligt första stycket. Detta gäller även när pessar med tillbehör kan hämtas på apotek utan kostnad för patienten.*

*Arvodet enligt denna bestämmelse omfattar även förskrivning av preventivmedel och kostnader för preventivmedel som lämnas ut vid läkarbesöket.*

*Ersättning enligt denna paragraf ingår inte i beloppen för sammanlagt uppburet arvode i 5 § eller ersättningstak i 6 §.*

### **Läkemedelsförmånen**

Prissättningen på läkemedel i Sverige är fri, men samhället ska enligt gällande lag subventionera de bästa och mest effektiva läkemedlen till ett så bra pris som möjligt [12]. Det gäller även de preventivmedel som klassificeras som läkemedel. År 1997 genomfördes en läkemedelsreform med syfte

att begränsa kostnadsökningarna. Landstingen fick ta över kostnadsansvaret från staten för läkemedelsförmånen och fick på så sätt incitament att begränsa och få kontroll över kostnaderna för läkemedel. Ett nytt högkostnadsskydd för läkemedel infördes. Patienternas samlade utgifter skulle maximalt uppgå till 1 300 kronor under en tolv månadersperiod. Den 1 juli 1999 höjdes denna beloppsgräns till 1 800 kr. Patienten betalar en viss del av läkemedelskostnaden och resterande del betalas av det landsting där patienten är bosatt. Patienten betalar hela kostnaden upp till 900 kronor, men får sedan en successivt ökande rabatt tills en sammanlagd utgift på 1 800 kronor uppnått. Patienten får då frikort för den tid som är kvar av tolv månadersperioden [13].

Läkemedelsförmånsnämnden (LFN) beslutar om vilka läkemedel och förbrukningsartiklar som ska ingå i läkemedelsförmånen (högkostnadsskyddet) och alltså subventioneras av samhället. Läkemedelsförmånsnämndens uppgift är att successivt bygga upp ett stabilt subventionssystem som bidrar till en ändamålsenlig och kostnadseffektiv läkemedelsanvändning som är lika i hela landet. Det omfattar även de preventivmedel som klassificeras som läkemedel. När nämnden avgör om ett läkemedel ska subventioneras ska den bedöma om kostnaden är rimlig utifrån medicinska, humanitära och samhällsekonomiska aspekter.

### **Statsbidrag för läkemedelsförmånen**

Staten har under åren 1998–2004 genom flera på varandra följande överenskommelser med dåvarande Landstingsförbundet ersatt landstingen för kostnaderna för läkemedelsförmånen genom ett särskilt statsbidrag. Parterna har också enats om att ersättningen från och med år 2005 ska fördelas enligt en ny modell för solidarisk finansiering. Landstingen ersätts med 19 800 miljoner kronor per år 2005, med 20 700 miljoner kronor per år 2006 och med 21 500 miljoner kronor per år 2007.

## **Läkemedelskostnadernas komponenter**

Hur stor del av läkemedelskostnaden patienten själv får betala beror på hur stor andel som är subventionerad av samhället, antingen genom läkemedelsförmånen (högkostnadsskyddet) eller genom de subventioner varje enskilt landsting beslutat att införa. Kostnaderna för läkemedel, inklusive födelsekontrollerande medel, kan delas upp i tre delar: patientens egenavgift, högkostnadsskyddet (läkemedelsförmånen) och den eventuella landstingssubventionen (receptförmån).

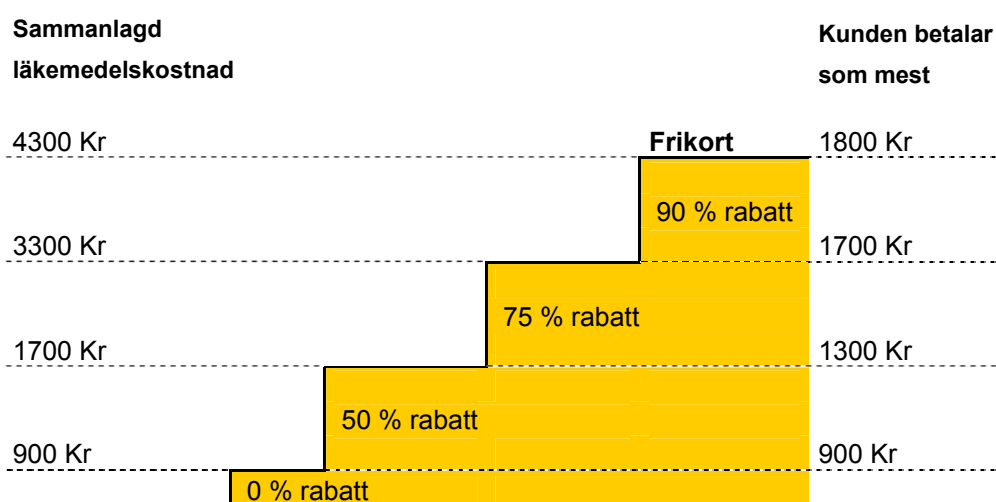
### **Patientens egenavgift**

Patientens egenavgift är den del av kostnaden han eller hon själv betalar när apoteken expedierar ett recept. Resten av läkemedelskostnaden får apoteken från det landsting där patienten är bosatt [14].

## Högekostnadsskydd

Personer som är bosatta eller arbetar i Sverige har rätt till högekostnadsskydd vid köp av läkemedel på recept. Högekostnadsskyddet gäller under ett år från det första köpet av läkemedel på recept. Personen får betala hela kostnaden (100 procent) upp till 900 kronor och det belopp som överstiger gränsen rabatteras successivt av samhället:

För läkemedel mellan 900 och 1 700 kronor betalar personen 50 procent av kostnaden. För läkemedel som kostar mellan 1 700 och 3 300 kronor betalar personen 25 procent av kostnaden. För läkemedel som kostar mellan 3 300 och 4 300 kronor betalar personen 10 procent av kostnaden och för den del av läkemedelskostnaderna som överstiger 4 300 kronor betalar han eller hon ingenting. Personens egenavgift blir högst 1 800 kronor, som är det tak där högekostnadsskyddet träder in.



Figur 1. Rabattrappan.

Alla barn under 18 år i en familj räknas ihop och ingår i ett gemensamt högekostnadsskydd. För förbrukningsartiklar som behövs för att tillföra kroppen läkemedel som ingår i högekostnadsskyddet, eller som behövs för egenkontroll av medicinering, betalar brukaren ingenting.

## Landstingssubvention (receptförmån)

Landstingen kan självständigt fatta beslut om att subventionera födelsekontrollerande medel enligt principer som de själva fastställer. Numera subventionerar samtliga landsting utom Västerbotten födelsekontrollerande medel till ungdomar enligt olika principer [15]. Som framgår av tabell 1 varierar subventionerna av p-piller kraftigt mellan olika landsting.

Tabell 1. Sammanställning av landstingens p-pillerssubvention till ungdomar år 2004

Landsting	P-pillerssubvention	T o m
Stockholm	3 månaders uttag kostar 30 kr och 12 månaders 60 kr	22 år
Uppsala	100 kr per år	19 år
Sörmland	Kvinnan betalar själv första 3-månadersreceptet. Därefter 100 kr per år.	21 år
Östergötland	60 kr för årsförbrukning. 30 kr för deluttag.	19 år
Jönköping	Tonåring betalar själv för 3 månaders provförpackning. Därefter betalar tonåringen: 40 kr för 3 mån förbrukning, 80 kr för 6 mån förbrukning, 130 kr för 12 mån förbrukning	19 år
Kronoberg	Kvinnan betalar första 3- månadersreceptet. Därefter 170 kr/år.	19 år
Kalmar	Kvinnan betalar 120 kr. Endast av Läke- medelsförmånsnämnden prissatta prepa- rat.	20 år
Blekinge	Gratis	19 år
Skåne	Gratis	20 år
Halland	3 mån = egenavgift 40 kr, 6 mån = egenavgift 80 kr, 12 mån = egenavgift 150 kr, >12 mån = egenavgift 150 kr	19 år
Västra Götaland	100 % minus 25 kr per kvartal.	19 år
Värmland	170 kr per år.	20 år
Örebro	170 kr per år. Alt. max engångskostnaden (långtidsverkande). Subventionerar alla preventivmedel som ingår i läkemedels- förmånen.	20 år
Västmanland	100 % minus 25 kr per kvartal.	24 år
Dalarna	100 kr per år.	19 år
Gävleborg	100 kr per år.	23 år
Västernorrland	Betalar för 3 månaders förbrukning och fritt resten av året eller i 9 månader.	23 år
Jämtland	Kvinnorna betalar 50 %.	24 år
Västerbotten	Ingen subvention.	
Norrbottnen	50 % per recept subventioneras.	21 år
Gotland	Max kostnad är 300 kr per år.	19 år

Källa: Sveriges kommuner och landsting. P-pillerssubvention och IVF-avgifter 2004.

Reglerna för landstingssubvention år 2005 var oförändrade jämfört med år 2004 utom i Landstinget Kalmar. Kvinnan betalar där som tidigare 120 kronor för en årsförbrukning, men subventionen gäller endast de preventivmedel som ingår i läkemedelssubventionen samt minipillret Cerazette, p-plåstret Evra och vaginalringen Nuva-ring, vilka inte ingår i läkemedelssubventionen.

## Regelverk för medicintekniska produkter

Kopparspiral, pessar och kondomer räknas som medicintekniska produkter och omfattas av det Europeiska regelverket (93/42/EEG). Samhällets krav på medicintekniska produkter finns fastslagna i lagen (1993:584) om medicintekniska produkter och de föreskrifter som utfärdats i anslutning till den. Förutom allmänna regler för hela området innehåller lagen nyckelbestämmelser ur EG:s tre produkt direktiv inom det medicintekniska området. Swedish Standards Institute, SIS, har tagit fram en svensk standard med krav och provningsmetoder för intrauterina preventivmedel av koppar som är anpassade till EU-direktivet (ISO 7439:2002) [16].

Läkemedelsverket har sedan 1 september 2001 fått bemyndigande att utöva tillsyn över medicintekniska produkter och deras tillverkare, genom Förordningen (1993:876) om medicintekniska produkter. Läkemedelsverket får också enligt 6 § i samma förordning meddela föreskrifter om att medicintekniska produkter ska genomgå klinisk prövning innan de släpps ut på marknaden. Enligt Läkemedelsverkets författningssamling (LVFS 2003:11, bilagorna 1 och 10) innebär det att tillverkarna ska visa att produkterna är konstruerade och tillverkade på ett sådant sätt att de inte äventyrar patienternas kliniska tillstånd och säkerhet (gäller även användare och övrig relevant personal) samt att produkterna har de prestanda som tillverkaren anger. Det ska visas genom klinisk utvärdering (klinisk prövning och i förekommande fall utvärdering av relevant vetenskaplig litteratur).

Sammanfattningsvis ska de aktuella produkterna (kondomer, pessar, kopparspiraler, p-dator) ha utvärderats kliniskt för att visa att de uppfyller kraven på säkerhet, kvalitet och effektivitet.

# Födelsekontrollerande metoder

---

I det här kapitlet redovisas de preventivmetoder som används för att förhindra graviditet och de totala kostnaderna för försäljningen av respektive preventivmetod under ett år. Födelsekontrollerande metoder brukar indelas i "naturliga" metoder, barriärmetoder, hormonella metoder och livmoderinjägg [17]. Dessutom tillkommer sterilisering, som är en engångshandling som ger säkert skydd mot graviditet för resten av livet. De olika metodernas säkerhet brukar uttryckas som antalet oavsiktliga graviditeter per år som inträffar i en population på 100 kvinnor vid normal användning av ett visst preventivmedel (Pearl Index) [17,18] och kan jämföras med risken att bli gravid under ett års oskyddade samlag. Denna risk har uppskattats till 85 procent [9].

## Naturlig familjeplanering och P-dator

Till de naturliga preventivmetoderna räknas *kalendermetoden*, *temperaturmetoden*, *Billingsmetoden*, *amningsmetoden* och *avbrutet samlag*. Alla de här metoderna är osäkra. Eftersom de i princip inte medför några kostnader behandlas de inte närmare i det här sammanhanget.

*P-dator och teststickor* är medicintekniska hjälpmedel för att bestämma fertila och icke-fertila dagar i menstruationscykeln. P-datorn är en batteri-driven monitor, som är förprogrammerad med en "genomsnittskvinnas" fruktsamma perioder. Efter cirka en månad anpassar den sig till användarens individuella perioder. Pearl index har uppskattats till 6 per 100 kvinnor och år. En p-dator (Persona monitor) med startförpackning av teststickor till första menstruationscykeln och instruktionsbok kostar 1 295 kronor, vilket är en engångskostnad. Dessutom krävs teststickor för ett års förbrukning, vilket kostar 1 650 kronor. Totalkostnaden för preventivmetoden blir 2004 totalt 2 945 kronor.

År 2004 såldes enligt uppgifter från leverantören totalt 581 p-datorer till en kostnad av totalt 497 674 kronor. (Priset höjdes i juni 2004 från 895 kronor till 1 295 kronor). Försäljningen av teststickor uppgick till 833 982 kronor, vilket innebär att omsättningen av p-dator med teststickor totalt uppgick till 1 331 656 kronor inklusive moms. P-dator med teststickor är inte förmånsberättigade och hela kostnaden betalas av brukaren.

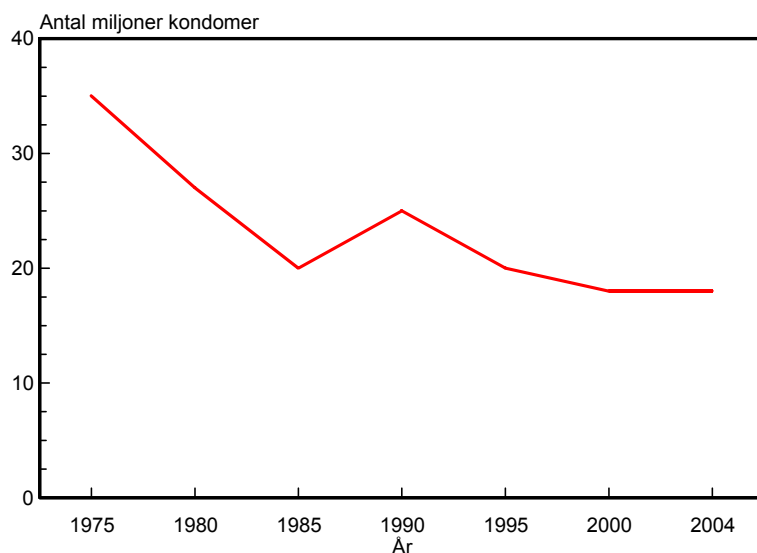
## Barriärmetoder

Barriärmetoder ska förhindra att spermier kommer upp i livmoderhalsen. Till de här metoderna räknas kondom, femidom, pessar och spermiedödande medel.

## Kondomer

Kondomer har i Sverige ett brett distributionsnät och går att köpa såväl i den öppna handeln som vid apotek och via Internet. Apotekets försäljning av kondomer uppgick år 2004 till totalt 14,9 miljoner kronor exklusive moms (18,6 miljoner kronor inklusive moms). Utifrån antalet och storleken på de sålda förpackningarna kan Apoteket AB:s försäljning av kondomer beräknas till 4,8 miljoner. Priset kan utifrån Apoteket AB:s uppgifter i genomsnitt uppskattas till 3,90 kronor per styck inklusive moms med en variation mellan 2,75 kronor och 24,00 kronor per styck. I dagligvaruhandeln kostar som jämförelse ett 10-pack cirka 55 kronor, på bensinstationer cirka 65 kronor och vid försäljning via Internet cirka 69 kronor. År 2004 såldes enligt uppskattningar från RFSU totalt cirka 18 miljoner kondomer i Sverige till en kostnad av cirka 90 miljoner kronor. Det innebär att en kondom i genomsnitt kostar 5 kronor styck.

Kondomförsäljningen halverades mellan åren 1975 och 1985, främst beroende på att andra metoder som p-piller och spiral fick ett större genomslag. I slutet av år 1987 ökade försäljningen igen, vilket sannolikt kan relateras till larmrapporterna om HIV, men den når trots det inte upp till 1970-talsnivåerna. Sedan slutet av 1990-talet har försäljningen av kondomer stabiliserats på samma nivå som före de första HIV-larmen (figur 2).



Figur 2. Försäljningen av kondomer i Sverige 1975–2004.

Källa: RFSU

Landstingens gratisutdelning av kondomer har ökat markant sedan år 1987 och svarar i dag för cirka 20 procent av den totala konsumtionen. Graviditetsrisken vid normal användning har av WHO uppskattats till 15 per 100 kvinnor och år [9].

*Femidom* är en kondom avsedd för kvinnor. Säkerheten tycks vara lika god som hos kondomen, både som graviditetsskydd och som skydd mot sexuellt överförbara sjukdomar. Femidomen kostar mellan 9,50 (Ready®, RFSU) och 26,30 kronor per styck (Worlds Best, preSex.se). År 2004 såldes enligt uppgifter från RFSU totalt 99 stycken 10-pack till en kostnad av totalt

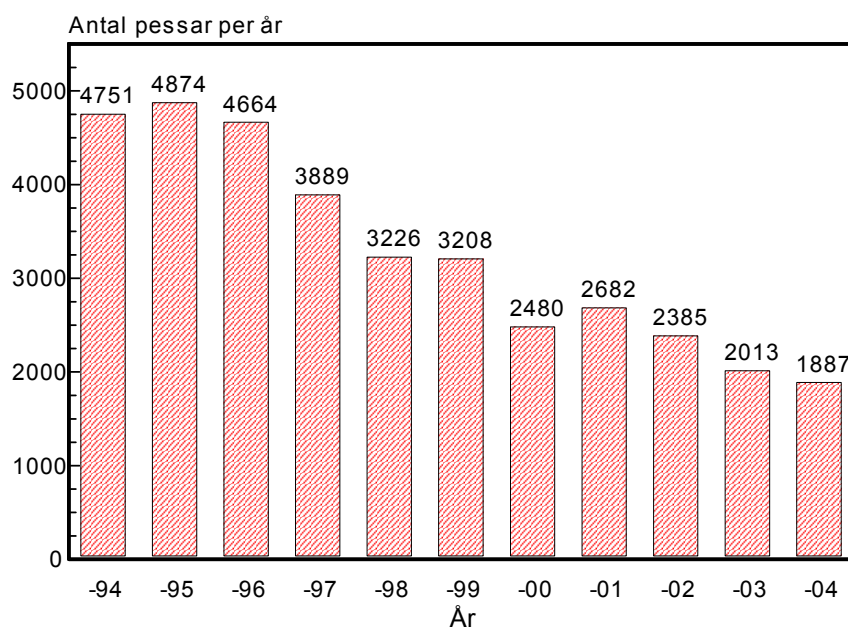
9 405 kronor. Graviditetsrisken uppskattas till mellan 5 och 21 per 100 kvinnor och år [9].

Kondom och femidom är de enda preventivmedel som skyddar mot både graviditeter och sexuellt överförbara sjukdomar.

## Pessar

*Pessar* måste provas ut individuellt hos barnmorska eller läkare. Pessar ska användas tillsammans med spermiedödande medel. Graviditetsrisken har uppskattats till mellan 6 och 30 per 100 kvinnor och år.

Det finns två slags pessar, gummipessar och silikonpessar. Gummipessaret kostar 235 kronor styck och har en rekommenderad hållbarhet på två år. Silikonpessaret, som tillverkas i mindre serier, är något dyrare och kostar 285 kronor styck och kan beställas mot postförskott. Kostnaderna för spermiedödande medel som säljs receptfritt på apotek tillkommer. Spermiedödande medel ingår inte i läkemedelsförmånen. En tub kostar 54,50 kronor utan recept och 63,00 kronor med recept och räcker till cirka 15 samlag. Årskostnaden för gummipessaret blir därmed 117,50 kronor per år, för silikonpessaret 142,50 kronor per år och för spermiedödande medel 363,33 kronor per år vid receptfri försäljning. Totalt innebär det en årskostnad på mellan 483 och 506 kronor vid konsekvent användning av pessar och spermiedödande medel beroende på typ av pessar och givet jämförelsestandard 100 samlag per år.



Figur 3. Försäljningen av antal Ortho® pessar per år under perioden 1994–2004 enligt uppgifter från leverantören.

Källa: Janssen-Cilag

Antalet sålda gummipessar har under perioden 1994–2004 minskat från 4 751 till 1 877 per år, en minskning med 61,5 procent (figur 3). I figuren redovisas inte silikonpessaret, men det påverkar inte den generella trenden.

Apoteket AB:s försäljning av gummipessar uppgick år 2004 till 347 788 kronor exklusive moms. Enligt uppgifter från leverantören (Miracon AB) säljs endast ett 20-tal silikonpessar per år. Totalkostnaden år 2004 för pessarsålda i Sverige blir därmed knappt 500 000 kronor.

Spermiedödande medel är ett preventivmedel som är avsett att appliceras i vagina tillsammans med pessars eller kondom [19]. Apotekens försäljning av spermiedödande medel (Gynol-Plus®) uppgick år 2004 till totalt 281 235 kronor. Av det beloppet var brukarnas egenavgifter 10 352 kronor och landstingens rekvisitioner till öppen och slutenvård 33 837 kronor (tabell 2).

Tabell 2. Patienternas totala kostnader för spermiedödande medel vid receptfri försäljning och på recept samt landstingens kostnader fördelade på läkemedelsförmån och rekvisitioner från öppen och slutenvård. AUP i kronor exkl. moms.

År	Patientens kostnad		Landstingens kostnad		Totalkostnad	
	Egenavgifter		Förmån	Rekvisition		Alla försäljningssätt
	på recept	receptfria		öppenvård	slutenvård	
2003	4 815	144 272	0	25 339	1 311	175 737
2004	10 352	237 047	0	31 928	1 909	281 235

Källa: Apoteket AB (Xplain). Socialstyrelsens bearbetningar.

## Hormonella metoder

Till de hormonella metoderna räknas dels kombinerade p-piller, minipiller och akut-p-piller, dels p-spruta (hormonspruta), p-stavar (implantat), p-ring (vaginalring) och p-plåster (depotplåster). Gemensamt för dem är att ett eller flera syntetiska könshormoner tillförs för att förhindra graviditet. Hormonspiralen baseras också på syntetiska könshormoner, men den preventivmetoden redovisas under livmoderinlägg.

### P-piller

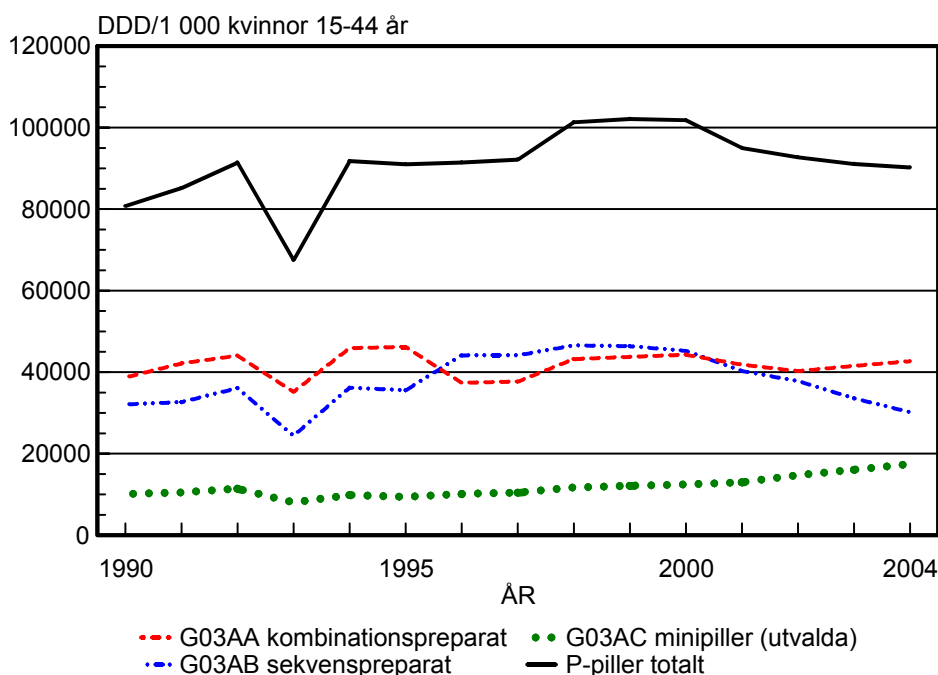
*Kombinerade p-piller* innehåller könshormonerna östrogen och gestagen. Man skiljer på *monofasiska p-piller* (ATC-kod: G03AA), som innehåller samma mängd östrogen och gestagen i varje tablett och *sekvenspreparat* (ATC-kod: G03AB), där mängden östrogen och gestagen varierar under menstruationscykeln. I sekvenspreparaten blir den totala mängden gestagen mindre, vilket kan vara en fördel ur biverkningssynpunkt.

Ungefär var femte kvinna uppger att de får biverkningar av kombinerade p-piller. Många av de här biverkningarna är dosberoende, av lindrig natur och ofta övergående [8]. Graviditetsrisken uppskattas till mellan 0,2 och 0,8 per 100 kvinnor och år.

*Minipiller* (ATC-kod: G03AC) innehåller enbart gestagenhormon och verkar genom effekter på cervixsekretet och livmoderslemhinnan (endometriet). Graviditetsrisken har uppskattats till mellan 1 och 3 per 100 kvinnor och år. Det finns även orala *mellandosgestagenpreparat* (Cerazette), som innehåller en högre dos gestagen än minipiller och som verkar genom att hämma ägglossningen, dvs. samma verkningsmekanism som kombinerade

p-piller. Graviditetsrisken med de här preparaten är jämförbar med kombinerade p-piller.

I figur 4 visas utvecklingen av den totala försäljningen av p-piller (både kombinerade p-piller och minipiller) uttryckt i antal sålda DDD/1 000 kvinnor 15–44 år under åren 1990–2004. Måttenheten DDD (Defined Daily Dose) kan definieras som den förmodade genomsnittliga dygnsdosen, då läkemedlet används av vuxen på medlets huvudindikation. De tre huvudgrupperna av p-piller redovisas var för sig och totalt. Vid redovisningen av ATC-grupp G03AC har implantat, p-spruta och dagen-efter-piller uteslutits. Däremot redovisas mellandosgestagenet Cerazette i gruppen.



Figur 4. Totalförsäljningen av p-piller i antal sålda DDD/1 000 kvinnor år 1990–2004.

Källor: Apoteket AB. ACS-registret 1990–1999 och Xplain 2000–2004.

En årsförbrukning av kombinerade monofasiska p-piller på recept utan subvention varierar i pris mellan 278 och 1 023 kronor. Kombinerade sekvenspreparat utan subvention kostar mellan 252 och 620 kronor och en årsförbrukning minipiller utan subvention kostar mellan 308 och 719 kronor, beroende på typ av preparat och förpackningsstorlek (augusti 2005)<sup>1</sup>.

Totalkostnaden för monofasiska kombinerade p-piller har under perioden 2000–2004 ökat från 87 till 96,3 miljoner kronor (tabell 3). Under samma period ökade patienternas egenavgifter från 77,1 till 88,8 miljoner kronor, dvs. från 89 till 92 procent av den totala kostnaden.

<sup>1</sup> Vid beräkning av årskostnaderna har vi för enkelhets skull utgått från att året har 364 dagar (13 menstruationscykler à 28 dagar) vilket överensstämmer bäst med p-pillerförpackningarna.

Tabell 3. De totala kostnaderna vid receptförskrivning av monofasiska kombinerade p-piller fördelade på patientens kostnader (egenavgifter) och landstingens kostnader för läkemedelsförmånen och rekvisitioner från öppen och slutenvård.

År	Patientens kostnader	Landstingens kostnader		Totalkostnad	
	Egenavgift på recept	Förmån	Rekvisition öppenvård	slutenvård	Alla försäljningsätt
2000	77 147 935	9 494 116	159 067	265 218	87 066 337
2001	76 670 944	8 393 337	63 311	170 055	85 297 646
2002	77 806 291	7 925 206	63 685	124 583	85 919 766
2003	82 474 547	7 714 375	91 409	150 830	90 431 160
2004	88 839 380	7 217 973	83 119	160 941	96 301 412

Källa: Apoteket AB (Xplain). Socialstyrelsens bearbetningar.  
 Monofasiska preparat: Restovar®, Mercilon, Desolett®, Neovletta®, Cilest®, Yasmin®, Orthonett® novum, Follimin®, Follinett®.

Den totala försäljningen av kombinerade sekvenspreparat har under perioden 2000–2004 minskat från 82,4 till 56,3 miljoner kronor (tabell 4). Patienternas egenavgifter i procent av det totala försäljningsvärdet var däremot oförändrade (cirka 92 procent).

Tabell 4. De totala kostnaderna vid receptförskrivning av kombinerade p-piller av typen sekvenspreparat, fördelade på patientens kostnader (egenavgifter) och landstingens kostnader för läkemedelsförmånen och rekvisitioner från öppen och slutenvård.

År	Patientens kostnader	Landstingens kostnader		Totalkostnad	
	Egenavgift på recept	Förmån	Rekvisition öppenvård	slutenvård	Alla försäljningsätt
2000	75 356 558	6 905 940	50 630	83 918	82 397 046
2001	66 713 990	5 919 666	25 141	74 979	72 733 777
2002	63 109 310	5 829 741	26 128	72 450	69 037 629
2003	56 362 634	5 212 675	30 310	77 494	61 683 113
2004	51 619 728	4 635 678	24 034	49 407	56 328 846

Källa: Apoteket AB (Xplain). Socialstyrelsens bearbetningar.  
 Sekvenspreparat: Timiron®, Synfase, Trionetta®, Trinovum®, Trinordiol®.

Tabell 5. De totala kostnaderna vid receptförskrivning av minipiller och mellandosgestagen fördelade på patientens kostnader (egenavgifter) och landstingens kostnader för läkemedelsförmånen och rekvisitioner från öppen och sluten vård.

År	Patientens kostnader	Landstingens kostnader		Totalkostnad	
	Egenavgift på recept	Förmån	Rekvisition öppenvård	slutenvård	Alla försäljningsätt
2000	21 843 206	2 846 344	12 355	14 821	24 716 726
2001	22 980 968	2 892 244	16 490	24 987	25 914 689
2002	31 331 157	3 126 301	17 139	47 210	34 521 807
2003	39 302 255	2 982 696	17 857	57 186	42 359 994
2004	48 227 452	3 798 132	24 010	68 016	52 117 610

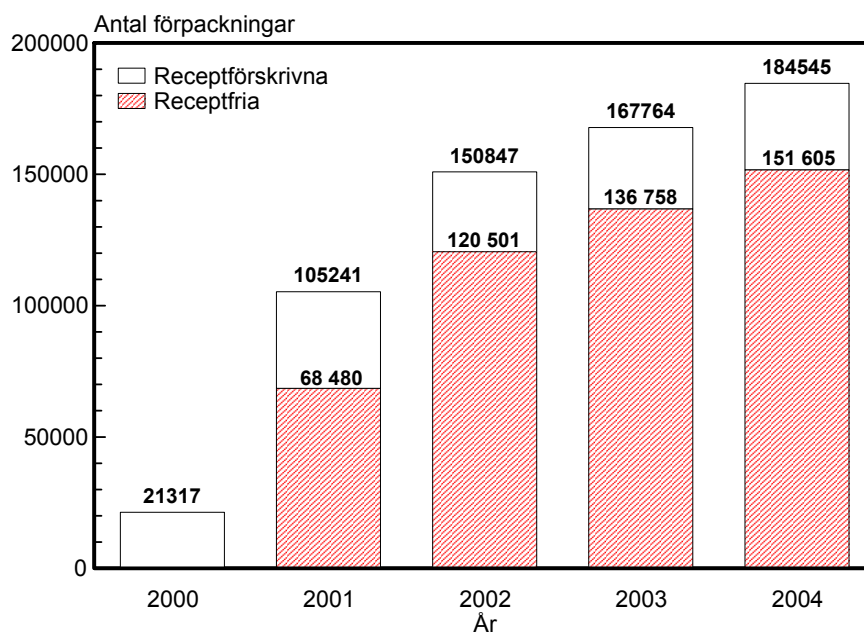
Källa: Apoteket AB (Xplain). Socialstyrelsens bearbetningar.  
Preparat: Cerazette®, Mini-Pe®, Follistrel®, Exlutena.

Den totala försäljningen av minipiller och mellandosgestagen har ökat kraftigt från 24,7 miljoner kronor år 2000 till 52,1 miljoner kronor år 2004, vilket nästan är en fördubbling under den senaste femårsperioden (tabell 5). Patienternas egenavgifter har under samma period ökat från 88,4 till 92,5 procent av det totala försäljningsvärdet.

### Akut-p-piller

*Akut-p-piller* tas efter samlag och förhindrar graviditet hos kvinnor som haft oskyddat samlag vid tiden för ägglossningen (postkoital antikonception). Graviditetsrisken är ungefär densamma som för minipiller, vilket innebär att mellan 1 och 3 av 100 kvinnor blir gravida under ett år.

På den svenska marknaden finns för närvarande två preparat. Ett av preparaten (NorLevo®) blev receptfritt på apotek under andra kvartalet 2001. Under andra kvartalet 2003 kom ytterligare ett receptfritt preparat (Postinor®). Man kan även gå till en barnmorskemottagning, ungdomsmottagning eller kvinnomottagning och få pillren där. Akut-p-piller är inte förmånsberättigade och ingår alltså inte i högkostnadsskyddet. Under år 2004 såldes förpackningar motsvarande totalt 184 545 behandlingar, varav 164 595 (89 procent) var receptfria uttag (figur 5).



Figur 5. Försäljningen av akut-p-piller omräknat i antal förpackningar om 2 tabletter, motsvarande en behandling, fördelat på receptfri försäljning och förpackningar förskrivna på recept under åren 2000–2004.

Källa: Apoteket AB (Xplain). Socialstyrelsens bearbetningar.

Apotekets försäljningspris utan recept är 161,50 kronor styck för Postinor och 159,50 kronor styck för NorLevo. Med recept kostar dessa akut-p-pillar 144,00 kronor styck respektive 142,50 kronor styck. Eftersom pillren tas akut vid behov beräknas ingen årskostnad.

Priset på NorLevo höjdes i januari 2005 från 119,50 till 199,50 kronor; en höjning med 67 procent. Prishöjningen motiverades med att unga kvinnor använde akut-p-pillar alldeles för mycket. Den kraftiga prisökningen väckte stark kritik och företagets motiv ifrågasattes. Det fick som följd att priset den 1 maj 2005 sänktes till 159,50 kronor, dvs. till ungefär samma nivå som det andra akut-p-pillret på marknaden (Postinor). Enligt Läke-medelsverkets bedömning finns inget stöd för uppfattningen att akut-p-pillren överkonsumeras.

Den totala försäljningen av akut-p-pillar i kronor fördelade på patienternas kostnader och landstingens kostnader visas i tabell 6. Beräkningar av den kostnadsandel som patienterna själva får betala sedan akut-p-pillren blev receptfria visar att den andelen ökat från 73 till 86 procent under perioden 2001 till 2004. Eftersom akut-p-pillren blev receptfria först den 1 april 2001 är förutsättningarna för en jämförelse inte helt identiska. Jämförs patientandelen av de totala kostnaderna för akut-p-pillar under perioden 2002 till 2004 har patientandelen ökat obetydligt från 84 till 86 procent.

Tabell 6. De totala kostnaderna för akut-p-piller vid receptfri och receptförskrivna försäljning fördelade på patientens kostnader (egenavgifter) och landstingens kostnader för läkemedelsförmånen och rekvisitioner från öppen och sluten vård. Beloppen är angivna i kronor.

År	Patientens kostnad			Landstingens kostnad			Totalkostnad	
	Egenavgift receptfria	Egenavgift på recept	Subtotal	Förmån	Rekvisition öppenvård	slutenvård	Subtotal	Alla försäljningssätt
2000	0	304 699	304 699	928	427 568	753 181	1 181 677	1 486 376
2001	5 661 334	323 557	5 984 891	1 046	873 368	1 305 257	2 179 671	8 164 562
2002	10 785 642	39 290	10 824 932	1 351	1 007 275	1 062 235	2 070 861	12 895 793
2003	12 668 552	28 192	12 696 744	1 564	1 007 347	1 166 070	2 174 981	14 871 725
2004	14 104 906	22 913	14 127 819	434	1 121 038	1 219 984	2 341 456	16 469 275

Källa: Apoteket AB (Xplain). Socialstyrelsens bearbetningar.

Landstingens kostnader för läkemedelsförmånen för de kvinnor som fått akut-p-piller förskrivet på recept är som tabellen visar mycket låga (mellan 434 och 1 564 kronor). Huvuddelen av landstingens kostnader avser rekvisitioner av akut-p-piller från öppen och sluten vård, motsvarande 6,8 respektive 7,4 procent av den totala försäljningen.

## Icke-oral gestagenmetoder

### P-sprutan

*P-sprutan* är ett högdoserat gestagenpreparat som ges som intramuskulära injektioner för att förhindra graviditet. Det finns för närvarande en spruta på den svenska marknaden (Depo-Provera®). Liksom i minipiller, p-stavar och hormonspiral ges enbart gulkroppshormon (gestagenet medroxiprogesteronacetat), men i högre dos [20]. Säkerheten är hög och jämförbar med säkerheten hos p-piller av kombinerad typ. Graviditetsrisken uppskattas till cirka 0,1–0,5 graviditeter per 100 kvinnoår [21].

P-sprutan är ett receptbelagt, förmånsberättigat preventivmedel. En förfylld endosspruta på 1 ml kostade år 2004 vid receptförskrivning 86,50 kronor och en injektionsflaska på 1 ml 83,00 kronor. Priset har senare sänkts något och uppgick år 2005 till 85 respektive 81 kronor styck för endosspruta respektive ampull. Det krävs fyra sprutor för en årsförbrukning, vilket innebär en årskostnad på 340 kronor.

Tabell 7. De totala kostnaderna vid receptförskrivning av p-sprutor (hormonspruta) fördelade på patientens kostnader (egenavgifter) samt landstingens kostnader för läkemedelsförmånen och rekvisitioner från öppen och sluten vård.

År	Patientens kostnader	Landstingens kostnader		Totalkostnad	
	Egenavgift på recept	Förmån	Rekvisition öppenvård	slutenvård	Alla försäljningsätt
2000	11 462 955	2 422 461	54 640	67 323	14 007 379
2001	12 009 629	2 569 350	48 214	72 113	14 699 305
2002	12 665 091	2 798 162	188 085	58 103	15 709 441
2003	12 749 593	2 860 632	181 272	65 773	15 857 270
2004	14 589 233	3 234 727	20 612	66 671	17 911 243

Källa: Apoteket AB (Xplain). Socialstyrelsens bearbetningar.  
Injektionsvätska: Depo-Provera®

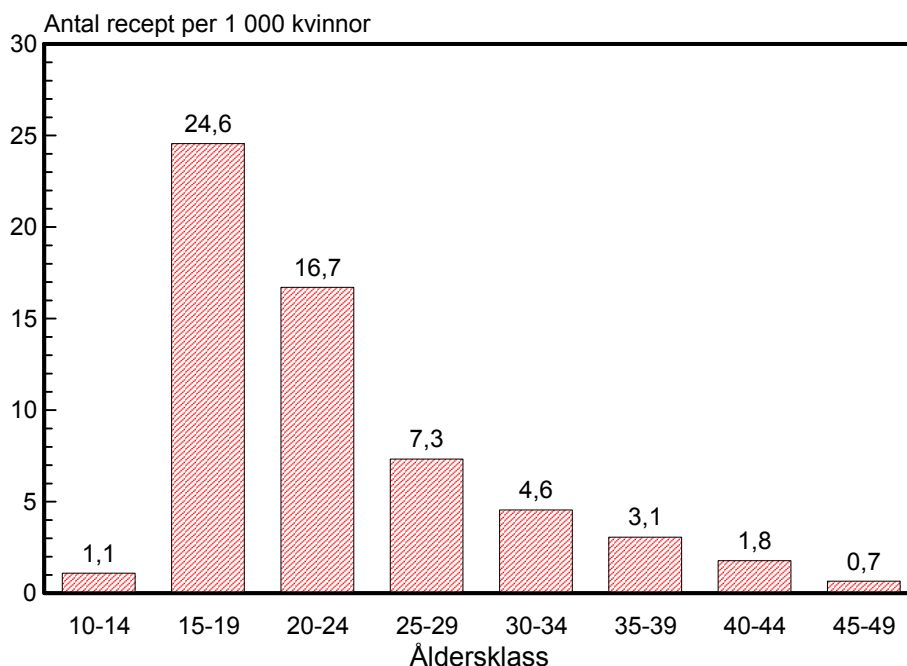
Den totala försäljningen av p-sprutor har ökat från 14,0 miljoner kronor år 2000 till 17,9 miljoner kronor år 2004, vilket är en ökning med cirka 28 procent (tabell 7). Patienternas egenavgifter i procent av den totala försäljningen var under perioden oförändrad (cirka 82 procent).

## P-stavar

*P-stavar* (implantat) är beteckningen för hormon kapslar som sätts in under huden. Precis som minipiller och p-sprutan innehåller p-stavar enbart gestagen och räknas till mellandosgestagener, dvs. de är lägre doserade än p-sprutan men verkar genom att förhindra ägglossning. Den första p-stavsmetoden (Norplant, 6 implantat) introducerades på den svenska marknaden år 1985, men kommer att avregistreras inom kort. De p-stavar som nu marknadsförs i Sverige har långtidsverkande kontraseptiv effekt i mellan tre och fem år beroende på typ av implantat. Graviditetsrisken har uppskattats till 0,1–1,0 per 100 kvinnor och år.

Det finns två slags p-stavar (implantat) på den svenska marknaden. Båda är förmånsberättigade och receptbelagda. Implanon® innehåller en stav och säljs med både engångsapplikator och implantat. Implantatet har effekt i upp till tre år. Implantatet med tillbehör kostar 1 046,50 kronor, vilket för kvinnan innebär 349 kronor per år.

Jadelle® består av två stavar som sätts in under huden med en tillhörande införingssond. Stavarna är långtidsverkande med effekt i upp till fem år. Implantatet med införingssond kostar 1 121 kronor vilket innebär en års-kostnad om cirka 224 kronor per år för hela verkningstiden.



Figur 6. Antal utfärdade recept på implantat (Norplant®, Implanon®, Jadelle®) per 1 000 kvinnor i olika åldersklasser mellan 10 och 49 år 2004.

Källa: Apoteket AB (Xplain). Socialstyrelsens bearbetningar.

Av figur 6 framgår att flest recept på implantat utfärdas bland tonåringar i åldersgruppen 15–19 år. Implantaten sjunker i popularitet med ökande ålder. År 2004 utfärdades totalt 16 266 recept på de tre förekommande implantaten på den svenska marknaden, vilket motsvarade 5,6 recept per 1 000 kvinnor.

P-spruta och p-stavar skrivs ut och administreras av barnmorskor och läkare.

Tabell 8. De totala kostnaderna vid receptförskrivning av p-stavar (implantat) fördelade på patientens kostnader (egenavgifter) och landstingens kostnader för läkemedelsförmånen och rekvisitioner från öppen och sluten vård.

År	Patientens kostnader	Landstingens kostnader		Totalkostnad	
	Egenavgift på recept	Förmån	Rekvisition öppenvård	slutenvård	Alla försäljningsätt
2000	672 639	96 444	15 925	14 337	799 345
2001	6 396 441	567 994	21 982	143 001	7 129 418
2002	11 524 243	3 908 788	142 019	126 453	15 701 503
2003	11 936 198	3 765 505	114 786	117 513	15 934 002
2004	13 243 388	3 913 333	61 971	119 243	17 337 935

Källa: Apoteket AB (Xplain). Socialstyrelsens bearbetningar.  
Implantat: Implanon®, Norplant®, Jadelle®.

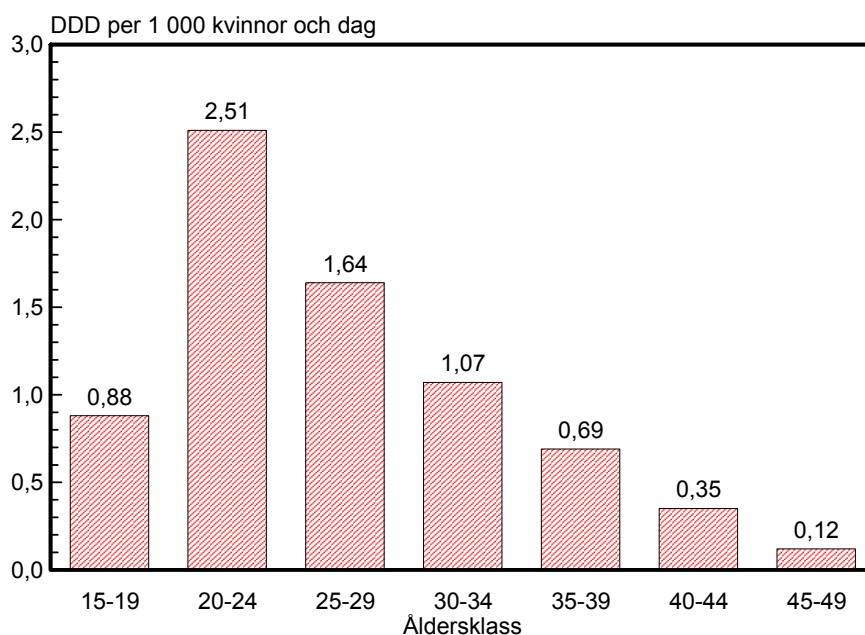
Den totala försäljningen av implantat har under den senaste femårsperioden ökat kraftigt från 0,8 miljoner kronor år 2000 till 17,3 miljoner kronor år

2004 (tabell 8). Patienternas egenavgifter har under motsvarande tid sjunkit från 84 till 76 procent av den totala försäljningen.

## Vaginalring

*P-ringen* (vaginalringen) är ett nytt kombinerat hormonellt preventivmedel där de kontraktiva könshormonerna tillförs via en vaginalring. P-ringen innehåller samma typ och dos av hormoner som kombinerade p-piller och har samma verkningsmekanism. P-ringen skrivs ut på recept av läkare eller barnmorska. Graviditetsrisken bedöms vid korrekt användning vara jämförbar med kombinerade p-piller och har uppskattats till 0,2–2,9 per 100 kvinnor och år [22].

Vaginalringen (p-ringen) är ett ej förmånsberättigat preventivmedel. Den godkändes i september 2001 och började marknadsföras i maj 2004. En dospåse med 1 vaginalring kostar 119,50 kronor och en dospåse med 3 ringar kostar 272,50 kronor. Det går åt 13 ringar om året, vilket innebär en kostnad på mellan 1 181 kronor och 1 553,50 kronor per år beroende på vilken förpackning man väljer. Fr.o.m. maj 2004 till årets slut såldes 13 196 vaginalringar, motsvarande 1 015 årsförbrukningar, till en kostnad av totalt 1 256 795 kronor.



Figur 7. Användningen av vaginalringar (NuvaRing®) i olika åldersklasser mellan 15 och 49 år uttryckt i definierade dygnsdoser (DDD) per 1 000 kvinnor och dag under 2004.

Källa: Apoteket AB (Xplain).Socialstyrelsens bearbetningar.

Försäljningen av vaginalringar är högst i åldersgruppen 20–24 år med 2,51 definierade dygnsdoser (DDD) per 1 000 kvinnor och dag (figur 7).

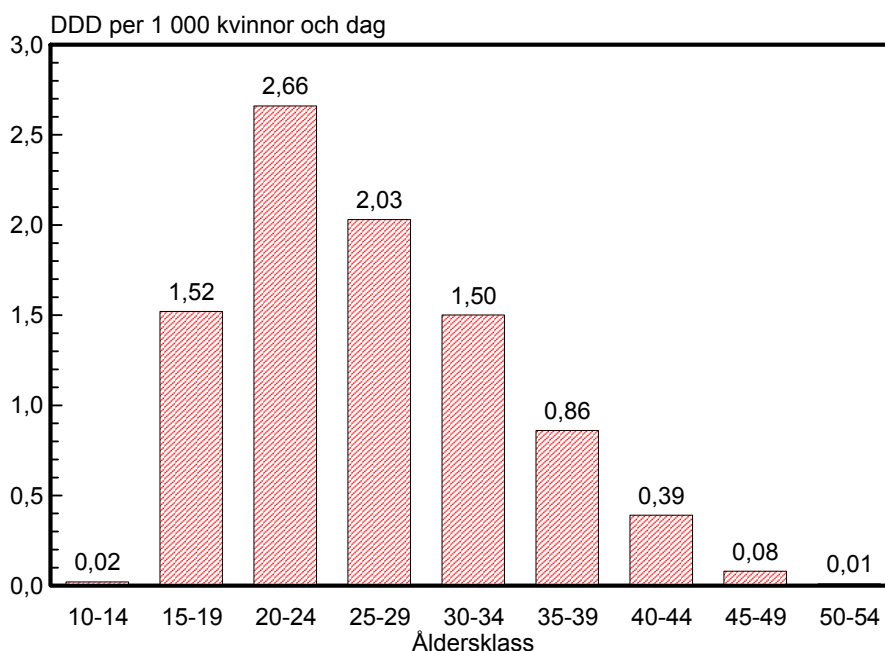
Av de totala kostnaderna om 1 269 127 kronor svarade patienterna själva för 1 267 597 kronor och landstingen för 1 530 kronor, varav 1 380 var rekvisitioner från öppen vård och 150 kronor rekvisitioner från sluten vård.

## Depotplåster

*P-plåster* (depotplåster) är ett nytt preventivmedel av kombinerad hormonell typ. P-plåstret innehåller samma typ och dos av hormoner som kombinerade p-piller och har samma verkningsmekanism. Det finns för närvarande en produkt på marknaden (Evra®) som godkändes av EU-kommissionen i augusti 2002 och introducerades på den svenska marknaden hösten 2003 [23]. P-plåstret får skrivas ut på recept av barnmorska eller läkare. Graviditetsrisken är ungefär densamma som vid användning av orala kombinerade p-piller. Pearl Index har beräknats till 0,88 graviditeter per 100 kvinnor och år [23].

P-plåstret är inte förmånsberättigat, eftersom man inte har kunnat påvisa några fördelar i fråga om biverkningar eller behandlingsavbrott jämfört med orala kombinerade p-piller [23]. Förmågan att följa behandlingsföreskrifterna ("compliance") kan dock vara något bättre än med orala kombinerade p-piller [24]. En kartong med 9 plåster kostar 295 kronor, vilket motsvarar knappt 33 kronor per vecka. En större kartong med 18 plåster kostar 528,50 kronor, vilket motsvarar drygt 29 kronor per vecka. Det behövs 39 plåster om året och årskostnaden blir alltså mellan 1 145 kronor och 1 278,50 kronor, beroende på vilken förpackning man väljer.

År 2004 såldes totalt 98 388 plåster, vilket motsvarar 2 523 årsförbrukningar, till en kostnad av 3 239 476 kronor (AUP exkl. moms).



Figur 8. Användningen av depotplåster (Evra®) i olika åldersklasser mellan 10 och 54 år uttryckt i definierade dygnsdoser (DDD) per 1 000 kvinnor och dag under 2004.

Källa: Apoteket AB (Xplain). Socialstyrelsens bearbetningar.

Försäljningen av depotplåster är högst i åldersgruppen 20–24 år (figur 8).

Patientens egenavgift och landstingens kostnader för depotplåster visas i tabell 9.

Tabell 9. De totala kostnaderna vid receptförskrivning av depotplåster fördelade på patientens kostnader (egenavgifter) och landstingens kostnader för läkemedelsförmånen och rekvisitioner från öppen och sluten vård under år 2003 och 2004. Försäljningen anges i kronor (AUP exkl. moms).

År	Patientens kostnad		Landstingens kostnad		Totalkostnad
	Egenavgift	Förmån	Rekvisition		Alla försäljningssätt
			öppenvård	slutenvård	
2003	542 223	4 390	893	828	548 333
2004	3 230 151	7 260	299	1 767	3 239 476

Källa: Apoteket AB (Xplain). Socialstyrelsens bearbetningar.

Kvinnornas egenavgift vid försäljning av p-plåster var år 2004 totalt 3,2 miljoner kronor och samhällets kostnader 9 325 kronor, varav 7 260 kronor utgjorde läkemedelsförmån på grund av högkostnadsskydd och resten rekvisitioner från öppen och sluten vård (tabell 9). Den stora skillnaden i kostnader mellan åren 2003 och 2004 kan förklaras av att introduktionen i Sverige skedde först hösten 2003. Därför är de två åren inte direkt jämförbara.

## Livmoderinlägg

Det finns för närvarande två huvudtyper av livmoderinlägg (IUP = intrauterint preventivmedel, kallas ofta spiral) tillgängliga i Sverige. Båda typerna är T-formade med en plaststomme. Den ena typen har koppar lindad kring skaft eller armar och klassificeras som en *medicinteknisk produkt*. Den andra typen har en kapsel kring skaftet som utsöndrar en mycket låg dos gestagen och klassificeras som *läkemedel*.

### Kopparspiral

Kopparspiralen började marknadsföras under andra halvåret 1972. Spiralen sätts i dag in kostnadsfritt av barnmorska eller gynekolog i samband med en gynekologisk undersökning. Den kan tas ut när som helst men den rekommenderade verkningstiden är mellan 3 och 10 år beroende på typ. Risken för graviditet har i olika studier uppskattats till 0,7–4 per 100 kvinnor och år [9, 25] beroende på kopparytans storlek, där spiraler med kopparyta på 250 mm<sup>2</sup> eller mer har mycket låg graviditetsrisk. Dåvarande Apoteksbolaget uppskattade år 1973 försäljningen av 235 040 kopparspiraler till 5,9 miljoner kronor [49], vilket motsvarar 32,7 miljoner kronor i 2004 års priser. Priset på kopparspiralen var då cirka 25 kronor. År 2004 kostar de kopparspiraler som finns på den svenska marknaden 110–355 kronor styck vid inköp direkt från leverantören (se tabell 10).

Tabell 10. Livmoderinlägg av olika typer som satts i på kvinnor i Sverige under år 2004 enligt uppgifter från leverantörerna.

Produktnamn	Leverantör	Längd	Bredd	Kopparyta	Märkning <sup>1)</sup>	Verknings- tid	CE-nummer	Pris per st.	Årskostnad
<b>Kopparspiraler</b>									
Gyne-T380A	Janssen-Cilag AB	36 mm	32 mm	380 mm <sup>2</sup>	PE, BS	10 år	CE 0344	355,00 kr/st	35,50 kr/år
Nova T 380	Leiras Oy/Schering Nordiska AB	32 mm	32 mm	380 mm <sup>2</sup>	PE, BS	5 år	CE 0344	145,00 kr/st	29,00 kr/år
Flexi-T 300 (Cu Safe 300)	Prosan/IPC-Nordic/Koalent	28 mm	23 mm	300 mm <sup>2</sup>	PE, BS	5 år	CE 0344	179,00 kr/st	35,80 kr/år
Multiload-cu 250 (MLCu-250)	Organon	35 mm	18 mm	250 mm <sup>2</sup>	PE	3 år	CE 0050	111,00 kr/st	37,00 kr/år
T de Plata Novaplus 375 Norm <sup>2)</sup> ,	Eurogine/Miracon AB	32 mm	32 mm	375 mm <sup>2</sup>	PE	5 år	CE 0318	110,00 kr/st	22,00 kr/år
T de Plata Novaplus 375 Mini <sup>2)</sup> ,	Eurogine/Miracon AB	29,6 mm	24 mm	375 mm <sup>2</sup>	PE	5 år	CE 0318	110,00 kr/st	22,00 kr/år
T de Plata Novaplus 375 Maxi <sup>2)</sup> , (T 375+ Mini)	Eurogine/Miracon AB	38 mm	38 mm	375 mm <sup>2</sup>	PE	5 år	CE 0318	110,00 kr/st	22,00 kr/år
<b>Hormonspiraler</b>									
Mirena/Levonova Levonogestrel (LNG-20)	Leiras Oy/Shering Nordiska AB	32 mm	32 mm	20 mikrog/24 t	PE	5 år		1069,50 kr/st	213,90 kr/år

<sup>1)</sup> PE = Polyeten, BS = Bariumsulfat

<sup>2)</sup> 200 mm<sup>2</sup> Ag

Årskostnaden utan subvention varierar mellan 22,00 och 35,50 kronor per år om kostnaderna fördelas på spiralerens rekommenderade verkningstid. Enligt uppgift från leverantörerna såldes år 2004 totalt 41 243 livmoderinlägg av koppar. Landstingens totala kostnad för kopparspiraler från de olika leverantörerna har beräknats till knappt 7,4 miljoner kronor.

## Hormonspiral

Det finns endast en hormonspiral på den svenska marknaden (Levonova®). Den är receptbelagd och ingår i läkemedelsförmånen. Hormonspiralen är effektiv i fem år och har indirekta positiva hälsoeffekter genom att kraftigt minska menstruationsmängden. Risken för graviditet har i olika studier uppskattats till 0,2–0,6 per 100 kvinnor och år.

År 2004 var priset med recept 1 086,00 kronor styck men den 1 januari 2005 sänktes det till 1 069,50 kronor styck. Det innebär att hormonspiralen för kvinnan kostar knappt 217 kronor per år (2004) utan högkostnadsskydd, om spiralen får sitta inne under hela sin effektiva verkningstid. År 2004 såldes enligt uppgifter från leverantören totalt 43 422 hormonspiraler, vilket innebär en totalkostnad utan rabatt och egenavgift på drygt 47 miljoner kronor.

*Tabell 11. De totala kostnaderna vid receptförskrivning av hormonspiraler (Levonova) fördelade på patientens kostnader (egenavgifter) och landstingens kostnader för läkemedelsförmånen och rekvisitioner från öppen och slutenvård. AUP anges i kronor exkl. moms.*

År	Patientens kostnader		Landstingens kostnader		Totalkostnad
	Egenavgift på recept	Förmån	Rekvisition öppenvård	Rekvisition slutenvård	Alla försäljningssätt
2000	30 965 100	12 094 855	35 192	201 366	43 296 514
2001	30 906 072	11 348 697	76 512	166 772	42 498 053
2002	29 514 565	11 846 468	91 899	153 340	41 606 271
2003	31 503 613	13 122 084	111 848	131 892	44 869 437
2004	34 012 155	13 098 826	56 277	137 009	47 304 267

Källa: Apoteket AB (Xplain). Socialstyrelsens bearbetningar.

Försäljningen av hormonspiraler ökade under åren 2000–2004 från 43,3 till 47,3 miljoner kronor, vilket motsvarar en ökning med 9,3 procent under femårsperioden (tabell 11). Patienternas totala egenavgifter ökade från 30,9 till 34,0 miljoner. Egenavgifternas andel av den totala försäljningen var under perioden i stort sett oförändrad och svarade för cirka 72 procent av den totala försäljningen.

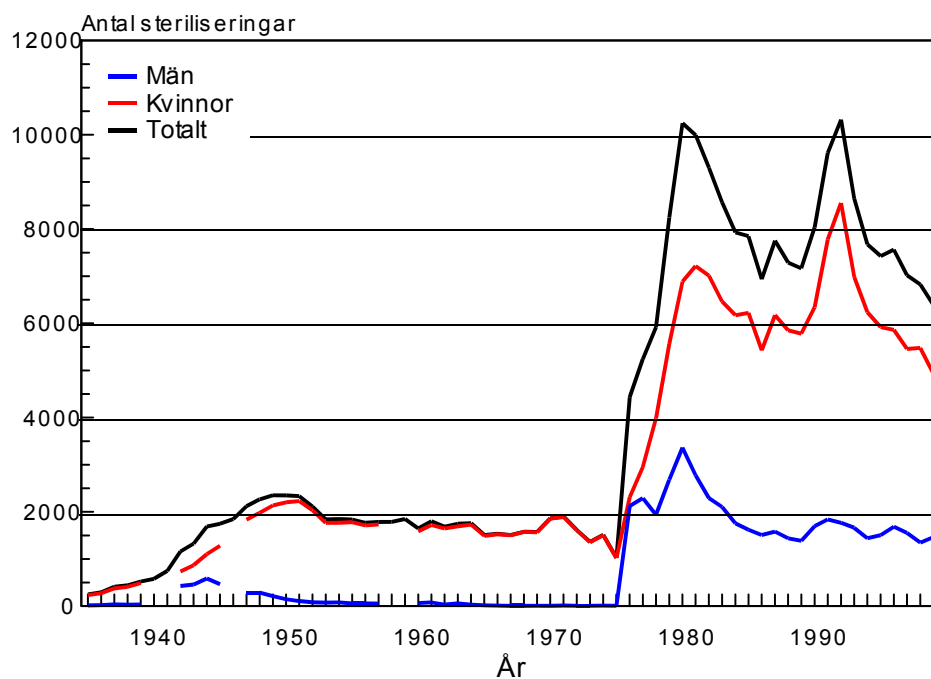
## Sterilisering

Sterilisering är avsedd att vara en engångsåtgärd som ska ge ett definitivt skydd mot graviditeter under resten av livet. Operationen får utföras med stöd av steriliseringslagen (1975:580). Personer som har fyllt 25 år har rätt att få ingreppet utfört efter informerat samtycke [26]. Risken för graviditet

efter sterilisering uppskattas till 0,2–0,5 per 100 kvinnor under första året.. Effektiviteten är alltså jämförbar med de mest effektiva reversibla preventivmetoderna.

Manlig sterilisering (vasektomi) är ett relativt enkelt kirurgiskt ingrepp. Operationen genomförs under lokalbedövning och patienten behöver inte ligga kvar på sjukhus över natten [27]. Operationen kostade år 2003 cirka 5 600 kronor i öppen vård och 14 300 kronor i sluten vård enligt uppgifter från Sveriges kommuner och landsting. Vasektomi i sluten vård är dock relativt ovanligt (NordDRG 2003). För patienten kostade operationen 200–300 kronor i öppen vård och normalt 80 kronor per dygn i sluten vård.

Kvinnlig sterilisering (tubarocklusion) genomförs med två huvudmetoder. Den vanligaste metoden är en s.k. titthålsoperation, *laparoskopi*, under full bedövning. Den andra metoden, *laparotomi*, är en operation där bukhålan öppnas med ett litet snitt och äggledarna skärs av [26]. Enligt NordDRG var vårdkostnaden för en kvinnlig sterilisering i öppen vård 8 500 kronor (2002). I sluten vård kostade en kvinnlig sterilisering med laparoskopisk metod i genomsnitt 15 471 kronor och vid laparotomi 23 184 kronor (2003), efter att de allra dyraste extremfallen uteslutits [27].



Figur 9. Antal steriliseringar i Sverige under perioden 1935–1999.

Källa: Andrologiskt Centrum, Karolinska universitetssjukhuset, Socialstyrelsens abort- och steriliseringsregister.

Efter det att en ny steriliseringslag trädde i kraft år 1976 ökade antalet steriliseringar kraftigt för båda könen (figur 9). Under efterkrigstiden fram till införandet av den nya lagen utfördes steriliseringar i huvudsak på kvinnor. Fortfarande dominerar kvinnorna statistiken, vilket har ifrågasatts såväl ur ett genusperspektiv som ur ett ekonomiskt perspektiv. En kvinnlig sterilisering är både dyrare för landstingen och mer komplicerad än en manlig sterilisering [28].

Samhällets totala vårdkostnader för manliga och kvinnliga steriliseringar i öppen och sluten vård år 2003 har uppskattats till cirka 52 miljoner kronor (tabell 12).

Tabell 12. Vårdkostnader för steriliseringar i öppen och sluten vård enligt NordDRG 2003. Vårdkostnaderna för steriliserade kvinnor i öppen vård baseras på uppgifter från år 2002. Öppenvårdskostnaderna omfattar 82 procent av riket och kostnaderna har därför räknats upp med 18 procent.

Operationsmetod	DRG-kod	Kostnad per patient (KPP)	Antal operationer	Vårdkostnader totalt
<b>Öppen vård</b>				
Vasektomi	351	5 600	1 332	7 459 200
Laparoskopi	362	8 500	3 008	25 568 000
			82 % av riket :	33 027 200
			Uppräkning med 18 %:	<b>38 972 096</b>
<b>Sluten vård</b>				
Vasektomi	351	14 301	13	185 913
Laparoskopi	362	15 471	770	11 912 670
Laparotomi	361	23 184	43	996 912
				<b>13 095 495</b>
<b>Totalt</b>				<b>52 067 591</b>

Källa: Socialstyrelsens patientregister (operationskoder) och NordDRG 2002-2003. DRG-uppgifter från Centrum för patientklassifikation (CPK).

Majoriteten av steriliseringsoperationerna för både män och kvinnor genomfördes i öppen vård till en kostnad av cirka 39 miljoner. Vårdkostnaderna för steriliseringsoperationer i sluten vård uppgick till cirka 13 miljoner kronor. Det stora flertalet operationer utfördes på kvinnor.

År 2003 utfördes också enligt uppgifter från Socialstyrelsens patientregister totalt fem manliga och tre kvinnliga refertiliseringsoperationer till en kostnad av 18 062 kronor respektive 36 446 kronor per operation, vilket för landstingen innebar en vårdkostnad om totalt 199 648 kronor.

## Årskostnader och graviditetsrisk

Kvinnors val av preventivmedel baseras inte enbart på priset. Metodens säkerhet när det gäller att förhindra graviditet, eventuella biverkningar, tillgänglighet och individuell motivation har också stor betydelse för valet. De olika preventivmetodernas årskostnader och antikonceptionella säkerhet vid konsekvent användning sammanfattas i tabell 13.

Att inte använda någon preventivmetod innebär kortsiktigt inga kostnader för samhället. Den årliga graviditetsrisken är dock hög och har av WHO uppskattats till mellan 70 och 90 graviditeter per 100 kvinnor och år, vilket kan generera kostnader i form av sjukvård för aborter m.m.

Tabell 13. Användarens kostnad i kronor för olika typer av preventivmedel utan högkostnadsskydd eller speciella landstingsrabatter år 2005 samt årlig graviditetsrisk för resp. preventivmetod per 100 kvinnor och år. AUP anges inkl. moms.

PREVENTIVMETOD	Årlig kostnad per 100 samlag	Årlig graviditetsrisk per 100 kvinnoår
<b>Ingen metod</b>	0	70-90
<b>Naturliga metoder</b>		
Avbrutet samlag	0	12-34
Rytmmetoden	0	12-34
P-dator	1295,00	6
- Teststickor	1650,00	
<b>Barriärmetoder</b>		
Kondom	390,00 - 2 400,00	6 - 28
Femidom	950,00 - 2 633,00	5 - 21
Pessar och spermiedödande medel	481,00	6 - 40
<b>Hormonella metoder</b>		
Kombinerade p-piller (totalt)	254,00 - 721,50	0,2 - 0,8
- Monofasiska	279,00 - 621,00	
- Sekvenspreparat	254,00 - 621,50	
Minipiller	308,50 - 721,50	1 - 3
Akut-p-piller (kostnad per gång)	159,50 - 161,50	1 - 3
P-spruta (Hormonspruta)	340,00	0,1 - 1,0
P-stavar (Implantat)	79,50 - 349,00	0,1 - 1,0
P-ring	1 181,00 - 1 554,00	0,2 - 2,9
P-plåster	1 145,00 - 1 278,50	0,4 - 1,3
<b>Livmoderinlägg</b>		
Kopparspiral	0	0,7 - 5
Hormonspiral	217,20	0,2
<b>Sterilisering</b>		
Manlig sterilisering <sup>1)</sup>	200,00 - 900,00	0,15
Kvinnlig sterilisering <sup>1)</sup>	200,00 - 900,00	0,5
- öppen sterilisering (laparotomi)		
- sterilisering via laparoskopi		

<sup>1)</sup> Kostnaderna baserade på Apoteket AB:s försäljning. Kostnaderna i dagligvaruhandeln, bensinstationer och Internethandel kan ligga högre.

<sup>2)</sup> Kostnaderna avser patientavgifter vid besök hos specialistläkare i öppen vård upp till taket för högkostnadsskyddet om 900 kr.

# Preventivmedlens användning och kostnader

---

## Preventivmedlens kostnader för brukare och landsting utan subvention

Apotekens försäljning av läkemedel uppgick år 2004 till sammanlagt 22 566 miljoner kronor exklusive moms [29]. Av den här summan svarade olika typer av hormonella preventivmedel för 308 miljoner kronor (tabell 14). Kostnaderna för de preventivmetoder som klassificeras som medicintekniska hjälpmedel och som inte betraktas som läkemedel (kondomer, pessar, kopparspiraler, p-dator med teststickor) tillkommer. Försäljningen av p-dator med teststickor omsatte år 2004 cirka 1,3 miljoner kronor. Landstingens kostnader för livmoderinlägg av koppar år 2004 har uppskattats till 7,4 miljoner kronor. Som tidigare har redovisats sätts kopparspiral enligt gällande lag in utan kostnad för brukaren. Även pessar är kostnadsfria om de lämnas ut i samband med rådgivning [21]. Leverantörens intäkter för pessar inklusive spermiedödande medel var år 2004 cirka 0,6 miljoner kronor. Försäljningen av kondomer utan subventioner har uppskattats till cirka 90 miljoner kronor [10]. Det innebär att de totala kostnaderna för alla typer av preventivmedel i Sverige utan subventioner kan uppskattas till cirka 460 miljoner kronor år 2004, av vilka de s.k. medicintekniska produkterna svarade för cirka 20 procent. I uppskattningen ingår inte kostnaderna för sterilisering, som uppgick till cirka 52 miljoner kronor, varav landstingen svarade för cirka 45 miljoner och patientavgifter för cirka 1,2 miljoner kronor. Osäkerheten är störst när det gäller antal och omsättning av kondomer, där heltäckande statistik saknas.

Tabell 14. Totalt erlagda kostnader för olika typer av preventivmedel fördelade på brukarnas egenavgifter, med eller utan recept, och landstingens kostnader för eventuell läkemedelsförmån (högstkostnadsskydd) samt rekvisitioner till öppen och slutenvård. Omsättning i kronor år 2004. AUP anges exkl. moms.

<b>PREVENTIVMETOD</b>	<b>Brukarnas egenavgifter</b>	<b>Landstingens kostnader Förmån</b>	<b>Rekvisitioner</b>	<b>Alla försäljningssätt</b>
<b>Naturlig familjeplanering</b>				
P-dator	497 674	0	0	497 674
- Teststickor	833 982	0	0	833 982
<b>Barriärmetoder</b>				
Kondom <sup>1)</sup>	72 000 000		18 000 000	90 000 000
Femidom	9 405			9 405
Pessar <sup>2)</sup>	153 796	0	193 992	347 788
Spermiedödande medel	247 399	0	33 837	281 236
<b>Hormonella metoder</b>				
Kombinerade p-piller				
- Monofasiska	88 839 380	7 217 973	244 059	96 301 412
- Sekvenspreparat	51 619 728	4 635 678	73 440	56 328 846
Minipiller	48 227 452	3 798 132	92 026	52 117 610
Akut-p-piller	14 127 819	434	2 341 022	16 469 275
P-spruta (Hormonspruta)	14 589 233	3 234 727	87 283	17 911 243
P-stavar (Implantat)	13 243 388	3 913 333	181 214	17 337 935
P-ring (Vaginalring)	1 267 597	0	1 530	1 269 127
P-plåster (Depotplåster)	3 230 151	7 260	2 065	3 239 476
<b>Livmoderinlägg</b>				
Kopparspiral	0	0	7 398 525	7 398 525
Hormonspiral	34 012 155	13 098 826	193 286	47 304 267
<b>Sterilisering<sup>3)</sup></b>				
Manlig sterilisering (vasektomi)	345 959		7 299 154 <sup>4)</sup>	8 987 769 <sup>5)</sup>
Kvinnlig sterilisering				
- öppen sterilisering (laparotomi)	792 697		204 215 <sup>4)</sup>	996 912
- sterilisering via laparoskopi	12 053		37 468 617 <sup>4)</sup>	42 082 910 <sup>5)</sup>
<b>Total omsättning i kronor</b>	<b>344 049 868</b>	<b>35 906 363</b>	<b>73 814 265</b>	<b>459 715 392</b>

Källor: Apoteket AB, Xplain (hormonella metoder), Socialstyrelsen, Patientregistret (sterilisering), leverantörerna (kondom, femidom, kopparspiral, p-dator och teststickor)

Noter till tabell 14.

1) Uppskattad försäljning enligt RFSU utifrån 18 miljoner kondomer à 5,00 kr/st. Cirka 20 procent av kondomförsäljningen uppskattas vara gratisutdelning och landstingen har därför bokförts för 18 miljoner kronor.

2) Uppgifterna avser Apoteket AB:s försäljning av pessar på 347 788 kronor exkl. moms. Enligt uppgifter från leverantören kan omsättningen för pessar år 2004 beräknas till 443 445 kronor inkl. moms. Apotekets försäljning inkl. moms uppgick till 434 572. Mellanskillnaden, 8 873 kronor, är troligen inköp direkt från leverantören. Uppgifterna avser endast gummi-pessar, eftersom det inte finns några exakta uppgifter om antalet sålda silikonpessar.

3) Patientavgifterna baseras på DRG-statistik i öppen vård som täcker 82 procent av riket. Steriliseringar i öppen vård har därför räknats upp med 18 procent. De här patientavgifterna varierar mellan 180 och 300 kronor i de olika landstingen. Patientavgifterna i slutenvård baseras på 80 kronor per vård dag. I tabell 14 ovan har steriliseringar som utförts i öppen och slutenvård lagts till för respektive steriliseringsdiagnos: vasktom (DRG 351), laparotomi (DRG 361), laparoskopi (DRG 362).

4) Avser landstingens andel av vårdkostnaderna.

5) Vårdkostnaderna för manlig och kvinnlig sterilisering i öppen vård har räknats upp med 18 procent (se tabell 12).

## Preventivmedlens relativa användning och andelar av den totala försäljningen

Man kan bedöma användningen av hormonella preventivmedel med måttenheten ”defined daily dose” (DDD). Den här måttenheten rekommenderas av WHO för studier av läkemedelsanvändningen och definieras som den förmodade genomsnittliga dygnsdosen, då läkemedlet används av vuxen på medlets huvudindikation. När det inte är möjligt, t.ex. för sammansatta preparat, anges DDD i antal enheter, dvs. tabletter, milliliter osv.[42]. Genom att multiplicera den definierade dygnsdosen för ett visst preparat med antalet under året totalt expedierade doser och sedan dividera med 365 dagar för att få fram genomsnittet per dag kan man få en uppskattning av hur många personer per dygn som använt ett visst läkemedel. Vidare kan uppskattningen sättas i relation till totalbefolkningen, för att uppskatta hur stor andel av befolkningen som använder ett visst preventivmedel.

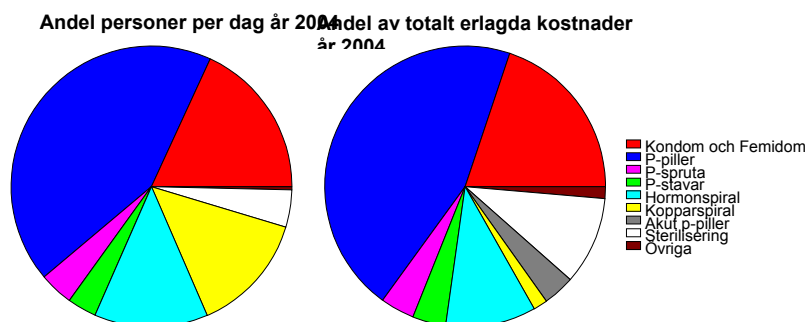
Man kan exempelvis uppskatta antalet DDD för p-piller genom att beräkna hur många dygn förpackningen förväntas räcka. En tremånadersförpackning innehåller tre askar som anses täcka behovet under tre menstruationscykler eller 84 dygn. En ettårsförpackning (364 dagar) innehåller 13 askar. Genom att beräkna antalet dygn per såld förpackning får man fram DDD-värdet 115 000 000 DDD under år 2004 eller i genomsnitt 315 000 dygnsdoser per dag. I förhållande till totalbefolkningen är det i genomsnitt 108 dygnsdoser per 1 000 kvinnor mellan 15 och 44 år, vilket motsvarar 10,8 procent av befolkningen.

För de preventivmedel som betraktas som medicintekniska hjälpmedel samt för sterilisering har ett analogt resonemang använts. Antal DDD för livmoderinslag utgår från uppskattningar av hur länge spiraler används. Enligt resultaten från en studie av 2 758 nordiska kvinnor används femåriga koppar- och hormonspiraler i genomsnitt i 3,1 respektive 3,0 år [42]. För att mäta motsvarigheten till DDD multipliceras antal år gånger 365 dygn. En kopparspiral förväntas då ge skydd under i genomsnitt 1 132 dygn. Antalet sålda spiraler multipliceras med antalet dygn per spiral för att få motsvarande antal DDD under år 2004. Det här beloppet divideras med 365 och sätts sedan i förhållande till totalbefolkningen, så att man får fram det uppskattade antalet skyddade personer och dag per 1 000 kvinnor i åldrarna 15–44 år.

För preventivmedel som används enbart en gång, som kondom och akut-piller, används uppskattningen två samlag per vecka eller 100 per år. För till exempel kondomer multipliceras det totala antalet sålda kondomer med 3,65 dygn per kondom. Värdet divideras med 365 och sätts i förhållande till totalbefolkningen. Observera att uppskattningen ett dygn per kondom skulle

ge en underskattning av den tid som kondomerna antas ge skydd för vid årlig uppskattad samlagsfrekvens.

De olika preventivmedlens relativa andel av de totala kostnaderna exklusive subvention, sammanlagt 460 miljoner kronor, visas i figur 10.



Figur 10. Skattad andel användare av olika typer av preventivmedel per dag i befolkningen mellan 15 och 44 år (dvs. andel av totalt 536 DDD/1 000 kvinnor) och den relativa andelen av de totala kostnaderna för olika typer av preventivmedel utan subvention år 2004 (100 procent = 460 miljoner kronor).

Uppskattningarna av de hormonella preventivmedlens kostnader baseras på uppgifter i Apoteket AB:s läkemedelsregister (Xplain). Eftersom kondomer och kopparspiraler klassificeras som medicintekniska hjälpmedel kan man inte ta fram några kostnadsuppgifter om dem från läkemedelsregistret. Uppgifterna om kondomförsäljningen är ungefärliga och grundar sig på uppskattningar från den största svenska grossisten (RFSU). Uppgifter om kopparspiralen har begärts in direkt från leverantörerna. Uppgifter om manlig och kvinnlig sterilisering har tagits fram från Socialstyrelsens patientregister (operationskoder) och NordDRG (kostnad per åtgärd) och är från år 2003. De olika preventivmedlens relativa andel baseras på kostnadsuppgifter som finns redovisade i tabell 14.

Tabell 15. Uppskattat antal och andel definierade dygnsdoser (DDD) per 1 000 invånare och dag eller motsvarande i åldersgruppen 15–44 år samt kostnader och andel av totala kostnader för olika typer av preventivmedel år 2004. Kostnaderna anges i miljoner kronor.

Preventivmetod	Definierade dygnsdoser (DDD)/1 000 inv. o. dag		Totalt erlagda kostnader	
	Antal	Andel (%)	Kostnad (MKr)	Andel (%)
Kondom/femidom	97	18	90	20
P-piller	230	43	205	45
P-spruta	21	4	18	4
P-stavar	18	3	17	4
Hormonspiral	70	13	47	10
Kopparspiral	74	14	7	2
Akut-p-piller	1	0,2	16	3
Sterilisering	23	4	52	11
Övriga	2	0,4	6	1
<b>Totalt</b>	<b>536</b>	<b>100</b>	<b>460</b>	<b>100</b>

Andelen uppskattade preventivmedelsanvändare per dag motsvarade år 2004 ganska väl kostnadsandelen för respektive preventivmetod (tabell 15). Skillnader som kan noteras är att kopparspiralen svarade för cirka 14 procent av de totalt uppskattade preventivmedelsanvändarna men bara för 2 procent av de totala kostnaderna. Vidare svarade andelen steriliserade för cirka 4 procent av preventivmedelsanvändarna men för hela 11 procent av totalkostnaderna.

Akut-p-piller har potential att kunna minska antalet oönskade graviditeter, men det har ännu inte visat sig i någon minskning i abortstatistiken. Andelen användare av akut-p-piller uppskattades år 2004 till mindre än 2 promille av samtliga preventivmedelsanvändare men till cirka 4 procent av de totala preventivmedelskostnaderna. År 2004 såldes akut-p-piller för totalt 16,4 miljoner kronor.

## Kostnadsutvecklingen för p-piller

Socialstyrelsen har undersökt kostnadsutvecklingen för p-piller under perioden 1990–2004 och jämfört den med vad p-piller hade kostat om de hade följt konsumentprisindex (KPI).

Tabell 16. Användningen av p-piller mätt i DDD totalt och per 1 000 kvinnor samt utvecklingen av p-pillerkostnaderna i löpande och fasta (KPI-justerade) priser under perioden 1990–2004 (exkl. Follistrel). Basår 1990. Index jämför de löpande kostnaderna med de fasta KPI-justerade kostnaderna i förhållande till basåret 1990 (Index 1990=100).

År	DDD totalt	DDD/1 000 kvinnor 15–44 år	Löpande kostnader exkl. Follistrel	Procent ökning	Fasta kostnader exkl. Follistrel	Procent ökning	Index löpande/ fasta priser
1990	147 116 329	80 730	99 238 869	100	99 238 869	100	100
1991	154 718 776	85 152	112 629 197	113	123 144 146	124	91
1992	165 231 908	91 402	126 778 871	128	141 787 342	143	89
1993	127 537 103	67 492	144 983 499	146	169 682 324	171	85
1994	167 735 088	91 761	164 666 148	166	196 917 891	198	84
1995	166 286 234	90 979	173 453 393	175	212 684 911	214	82
1996	166 456 986	91 442	165 715 054	167	204 153 291	206	81
1997	165 777 578	92 116	165 880 790	167	205 395 223	207	81
1998	179 110 118	101 312	180 045 961	181	222 674 745	224	81
1999	180 567 949	102 117	182 673 318	184	226 891 162	229	81
2000	182 518 377	101 819	182 766 308	184	229 293 438	231	80
2001	170 811 243	95 004	172 509 063	174	221 738 069	223	78
2002	167 232 060	92 692	179 423 406	181	235 547 186	237	76
2003	164 901 917	91 062	185 636 325	187	248 438 219	250	75
2004	164 038 441	90 193	196 483 840	198	263 995 612	266	74

Källa: Socialstyrelsen och Apoteket AB. ACS-registret 1990-99. Xplain 2000-04.

Den totala försäljningen av p-piller har ökat från 99,2 till 196,5 miljoner kronor i löpande priser under åren 1990–2004. Det är nästan en fördubbling av kostnaderna på 15 år. Den ökningen kan tyckas stor i absoluta tal, men de faktiska p-pillerkostnaderna understiger ändå de förväntade inflationsjusterade kostnaderna under perioden. Om kostnaderna för p-piller hade följt konsumentprisindex (KPI) hade de totala p-pillerkostnaderna (exklusive Follistrel) varit cirka 67,5 miljoner kronor högre år 2004. Index av kvoten mellan löpande och fasta kostnaderna för p-piller visar att de faktiska, löpande kostnaderna utgjorde cirka tre fjärdedelar (74 procent) av de KPI-justerade kostnaderna år 2004 (tabell 16).

Det bör observeras att minipillret Follistrel<sup>®</sup> har utelämnats i kostnadsredovisningen för p-piller. Medlet har klassificerats i samma läkemedelsgrupp som hormonspiraler. Före år 1999 delades uppgifter in i läkemedelsgrupper som lägsta nivå och först efter det året redovisas försäljning efter varje enskild vara. Follistrel<sup>®</sup> motsvarade under åren 1999–2004 i genomsnitt fyra procent av den totala försäljningen av p-piller. Därför anses det inte påverka uppskattningen av kostnadsutvecklingen nämnvärt att medlet har utelutits.

## Subventionseffekt på p-piller vid kostnadsbeläggning av kopparspiralen

I den motion som ligger till grund för regeringens uppdrag tas frågan upp om man kan subventionera p-piller genom att ta ut en avgift för kopparspiraler. I tabell 17 visas den procentuella minskningen av p-pillerkostnaderna om landstingens inköpskostnader för kopparspiraler, som år 2004 uppgick till 7,4 miljoner kronor, i stället skulle användas för att subventionera p-piller till ungdomar i olika åldersgrupper.

*Tabell 17. Totala p-pillerkostnader före och efter subvention om landstingens kostnader för kopparspiraler, 7 398 525 kronor år 2004, i stället skulle användas för subvention av p-piller till ungdomar i angivna åldersgrupper, samt beräknad subventionseffekt i procent.*

Åldersgrupp	Total p-pillerkostnad (i kronor)		
	Före subvention	Efter subvention	Subventionseffekt
< 20 år	42 240 298	34 841 773	- 17,5%
< 21 år	52 087 763	44 689 238	- 14,2%
< 22 år	62 185 972	54 787 447	- 11,9%
< 23 år	72 840 652	65 442 127	- 10,2%
< 24 år	83 326 776	75 928 251	- 8,9%
< 25 år	93 619 080	86 220 555	- 7,9%

Källa: Socialstyrelsen. Bearbetningar av Apoteket AB:s läkemedelsregister Xplain.

Som framgår skulle subventionseffekten av att kostnadsbelägga kopparspiralen vara cirka 10 procents minskning av p-pillerkostnaderna för ungdomar under 23 år.

En årsförbrukning av kombinerade p-piller kostar i dag 254–722 kronor. En 10-procentig minskning skulle göra att priset blev 229–650 kronor. Minipiller kostar i dag 309–722 kronor, så efter en 10-procentig subvention skulle en årsförbrukning kosta 278–650 kronor. Subventionseffekten på p-piller av en kostnadsbeläggning av kopparspiralen skulle alltså bli liten.

# Landstingens subventionering av p-piller

---

Utöver de skillnader i kostnader mellan olika typer av preventivmedel som beror på leverantörens pris och samhällets läkemedelsförmån (högkostnadsskyddet) finns också skillnader som beror på politiska beslut inom respektive landsting (s.k. receptförmån). Landstingen kan självständigt fatta beslut om att subventionera födelsekontrollerande medel enligt principer som de själva fastställer. Numera subventionerar samtliga landsting utom Västerbotten födelsekontrollerande medel till tonåringar enligt olika principer (se tabell 1). Landstingssubventionen omfattar i vissa landsting även ungdomar i åldrarna 20–24 år [15].

## Landstingssubventionernas del av egenavgiften

I statistik över hälso- och sjukvårdens kostnader går det inte att direkt utläsa hur stor del av unga kvinnors egenavgifter för p-piller, efter eventuell reduktion för högkostnadsskydd, som subventioneras av landstingen [29]. Landstingssubventionernas del av patienternas egenavgifter för de p-piller som ingår i läkemedelsförmånen har därför beräknats med hjälp av Apoteket AB:s läkemedelsregister (X-plain) (se tabell 18). I beräkningarna ingår således inte p-piller som inte omfattas av läkemedelsförmånen. P-stavar (implantat), som har samma verkningsmekanism som minipiller men med en annan administrationsform, ingår inte heller. Försäljningen i antal DDD har beräknats för de angivna åldersgrupperna. Antalet personer beräknades som antal DDD/365 dagar.

Totalt subventionerade landstingen år 2004 unga kvinnors konsumtion av p-piller med cirka 31,2 miljoner kronor, vilket motsvarade cirka 70 procent av hela egenavgiften. De unga kvinnorna fick totalt betala cirka 12,9 miljoner kronor, vilket motsvarade resterande 30 procent av egenavgifterna, men variationerna mellan de enskilda landstingen är stora. I beräkningarna ingår inte vanlig rabatt enligt högkostnadsskyddet.

Kostnaderna för läkemedelsförmånen (högkostnadsskyddet) bland samtliga p-pilleranvändare har tidigare beräknats till 15,7 miljoner kronor eller 8,3 procent av patienternas egenavgifter för p-piller (se tabell 14).

Tabell 18. Landstingssubventionernas del av egenavgiften enligt sammanställning av landstingens regler för p-pillersubvention till ungdomar år 2004. Försäljningen i antal DDD för de angivna åldersgrupperna enligt Apoteket AB:s läkemedelsregister (X-plain). Antalet personer är beräknat som antal DDD/365 dagar.

Landsting	t.o.m år	Förutsättning: patienten betalar	DDD	Egenavg. exkl. moms	därav patientens kostnader	därav landstings- subvention	Patientens kostnads- andel
Stockholm	22 år	60 kr/år	9 350 207	<b>9 307 116</b>	1 537 020	7 770 096	17
Uppsala	19 år	100 kr/år	1 184 162	<b>1 019 283</b>	324 428	694 855	32
Södermanland	21 år	3 mån (85 kr) + 100 kr per år = 75 kr resten av året =160 kr/år	1 750 606	<b>1 626 973</b>	767 389	859 584	47
Östergötland	19 år	60 kr/år	1 657 203	<b>1 570 499</b>	272 417	1 298 082	17
Jönköping	19 år	recept 3 mån (90 kr) därefter 130 kr/12 månader = 98 kr för 9 månader = 187,50 kr/år	1 169 187	<b>1 153 730</b>	600 610	553 120	52
Kronoberg	19 år	3 mån (88 kr) + 127,5 kr = 215,50 kr/år	592 191	<b>573 203</b>	349 636	223 567	61
Kalmar	20 år	120 kr/år	1 157 273	<b>1 142 762</b>	380 473	762 289	33
Gotland	19 år	300 kr/år	206 660	<b>201 427</b>	169 858	31 569	84
Blekinge	19 år	gratis	615 107	<b>620 134</b>	0	620 134	0
Region Skåne	20 år	gratis	5 971 263	<b>5 890 501</b>	0	5 890 501	0
Halland	19 år	150 kr/år	990 162	<b>1 075 193</b>	406 916	668 277	38
Västra Götaland	19 år	25 kr/kvartal = 100 kr/år	4 571 657	<b>5 158 889</b>	1 252 509	3 906 380	24
Värmland	20 år	170 kr/år	1 390 188	<b>1 387 260</b>	647 485	739 775	47
Örebro	20 år	170 kr/år	1 335 771	<b>1 207 754</b>	622 140	585 614	52
Västmanland	24 år	25 kr/kvartal = 100 kr/år	2 083 571	<b>2 267 666</b>	570 841	1 696 825	25
Dalarna	19 år	100 kr/år	1 243 692	<b>1 099 280</b>	340 737	758 543	31
Gävleborg	23 år	100 kr/år	2 436 053	<b>2 273 527</b>	667 412	1 606 115	29
Västernorrland	23 år	3 mån (91 kr)	1 687 976	<b>1 687 394</b>	420 838	1 266 556	25
Jämtland	24 år	50 % subvention	1 083 143	<b>1 173 119</b>	586 560	586 560	50
Västerbotten		Ingen subvention	2 019 324	<b>2 265 346</b>	2 265 346	0	100
Norrbottn	21 år	50 % subvention	1 201 611	<b>1 402 792</b>	701 396	701 396	50
<b>EGENAUGHTER TOTALT (exkl. moms)</b>				<b>44 103 848</b>	<b>12 884 010</b>	<b>31 219 837</b>	<b>29</b>

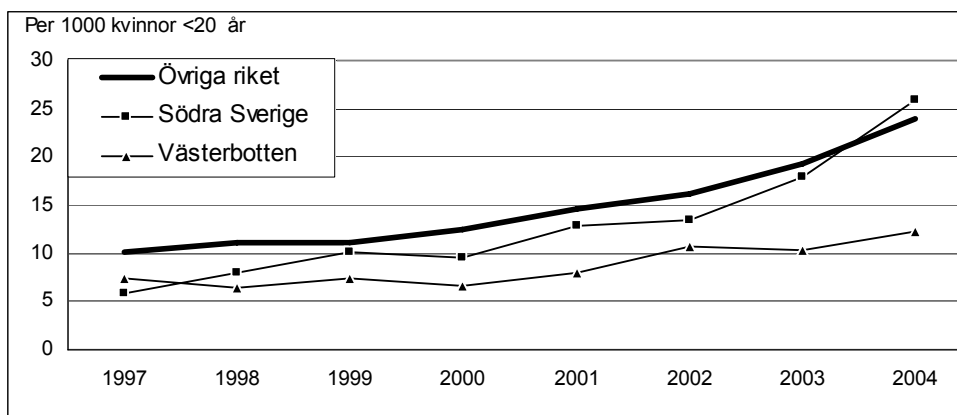
Källa: Apoteket AB (X-plain)

## En jämförelse mellan subventionerade och icke subventionerade områden

För att undvika oönskade aborter startades år 1989 i Gävle och intilliggande kommuner ett försök med att subventionera p-piller till tonårsflickor mellan 15 och 19 år [43]. De positiva resultaten ledde till att flera landsting senare började subventionera p-piller på olika sätt [44]. Epidemiologiskt Centrum vid Socialstyrelsen har i en studie som publicerades 1994 utvärderat erfarenheterna av subventionering av p-piller. Man konstaterade att minskningen av tonårsaborterna var större i subventionerade områden än i icke-

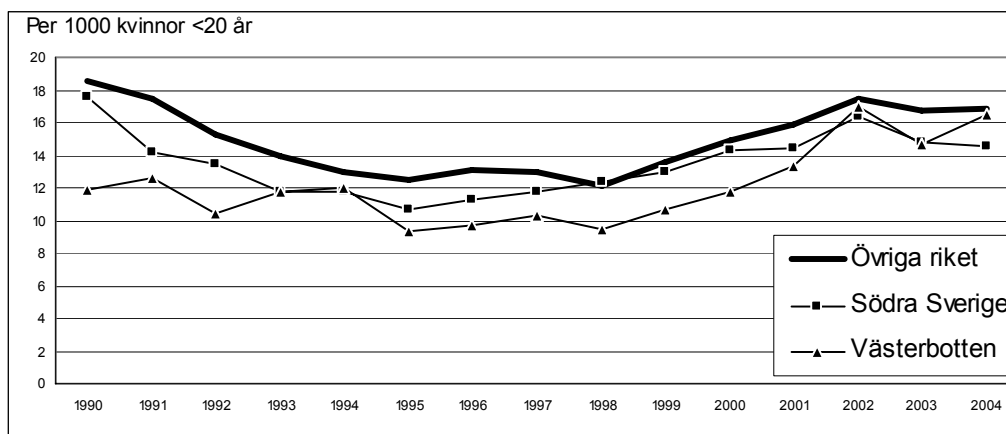
subventionerade områden. Variationerna mellan olika subventionerade områden talade dock för att också andra förebyggande åtgärder hade betydelse för minskningen [30].

I det följande jämförs utvecklingen av p-pillerförsäljningen och av antalet aborter bland tonårsflickor i områden med 100 procents subvention (Skåne och Blekinge) jämfört med ett område utan subvention (Västerbotten) och övriga riket.



Figur 11. Försäljningen av p-piller till kvinnor under 20 år uttryckt i DDD/1 000 kvinnor och år i områden med 100 procents p-pillersubvention (Region Skåne och Landstinget Blekinge) jämfört med områden utan p-pillersubvention (Västerbottens läns landsting) och övriga riket med varierande grad av subvention under perioden 1997–2004.

P-pillerförsäljningen per 1 000 kvinnor under 20 år har under hela perioden 1997–2004 varit lägre i Västerbottens läns landsting än i Region Skåne, Landstinget Blekinge och övriga riket (figur 11). Utan kontroller för andra påverkande faktorer förefaller p-pillerförsäljningen vara högre i subventionerade än i icke subventionerade områden. Det finns dock inget entydigt samband mellan subventionsgrad och p-pillerförsäljning, eftersom andelen sålda p-piller uttryckt som DDD/1 000 tonåriga kvinnor under större delen av perioden varit något lägre i områden med 100 procents subvention jämfört med i områden med varierande grad av subvention (övriga riket). Andra tänkbara faktorer som kan ha påverkat försäljningen är t.ex. p-pillrens tillgänglighet och graden av urbanisering.



Figur 12. Utvecklingen av aborter bland unga kvinnor under 20 år i områden med 100 procents p-pillersubvention (Region Skåne och Landstinget Blekinge) jämfört med områden utan p-pillersubvention (Västerbottens läns landsting) och övriga riket med varierande grad av subvention.

Det går under större delen av 1990-talet och början av 2000-talet inte att påvisa något samband mellan utvecklingen av aborter bland tonårsflickor under 20 år och graden av p-pillersubvention (figur 12).

## Ungdomars faktiska kostnader för p-piller

En årsförbrukning p-piller på recept utan subvention varierar i pris mellan cirka 250 och 1 025 kronor beroende på typ av preparat och förpackningsstorlek (augusti 2005).

I tabell 19 visas en beräkning av ett godtyckligt valt, vanligt förekommande p-piller av kombinerad typ. Preventivmedlet är förmånsberättigat, men en årsförbrukning, som för det aktuella p-pillret kostar 620 kronor, ligger under gränsen för högkostnadsskyddet på 900 kronor. Den skuggade (gula) markeringen i tabellen visar för respektive län de åldersgrupper som är berättigade till subvention.

Tabell 19. Kostnaden per kvinna för ett års uttag av ett godtyckligt valt p-piller efter landstingssubvention (receptförmån) i olika åldersgrupper jämfört med årskostnaden i riket utan subvention (620 kr) år 2004. Årskostnaden anges i kronor exkl. moms.

<b>Monofasiska p-piller (ATC-grupp G03 AA). Kostnad i olika landsting (motsv.) för kvinnor 19-24 år efter p-pillersubvention:</b>							
<b>Landsting</b>	<b>Initial-kostnad</b>	<b>19 år</b>	<b>20 år</b>	<b>21 år</b>	<b>22 år</b>	<b>23 år</b>	<b>24 år</b>
Stockholm		60 kr	60 kr	60 kr	60 kr	620 kr	620 kr
Uppsala		100 kr	620 kr	620 kr	620 kr	620 kr	620 kr
Sörmland	143 kr	100 kr	100 kr	100 kr	620 kr	620 kr	620 kr
Östergötland		60 kr	620 kr	620 kr	620 kr	620 kr	620 kr
Jönköping	143 kr	130 kr	620 kr	620 kr	620 kr	620 kr	620 kr
Kronoberg	143 kr	170 kr	620 kr	620 kr	620 kr	620 kr	620 kr
Kalmar		120 kr	120 kr	620 kr	620 kr	620 kr	620 kr
Blekinge		0 kr	620 kr	620 kr	620 kr	620 kr	620 kr
Skåne		0 kr	0 kr	620 kr	620 kr	620 kr	620 kr
Halland		150 kr	620 kr	620 kr	620 kr	620 kr	620 kr
Västra Götaland		100 kr	620 kr	620 kr	620 kr	620 kr	620 kr
Värmland		170 kr	170 kr	620 kr	620 kr	620 kr	620 kr
Örebro		170 kr	170 kr	620 kr	620 kr	620 kr	620 kr
Västmanland		100 kr	100 kr	100 kr	100 kr	100 kr	100 kr
Dalarna		100 kr	620 kr	620 kr	620 kr	620 kr	620 kr
Gävleborg		100 kr	100 kr	100 kr	100 kr	100 kr	620 kr
Västernorrland		143 kr	143 kr	143 kr	143 kr	143 kr	620 kr
Jämtland		310 kr	310 kr	310 kr	310 kr	310 kr	310 kr
Västerbotten		620 kr	620 kr	620 kr	620 kr	620 kr	620 kr
Norrbottn		310 kr	310 kr	310 kr	310 kr	310 kr	310 kr
Gotland		300 kr	620 kr	620 kr	620 kr	620 kr	620 kr

Som framgår av tabellen kan priset för det aktuella p-pillret efter eventuell landstingssubvention variera mellan 0 och 620 kronor. Landstinget Blekinge och Region Skåne subventionerar p-pillren till 100 procent. Dyrast är det i Västerbottens läns landsting som saknar subvention och ungdomarna alltså får betala 620 kronor för samma preparat.

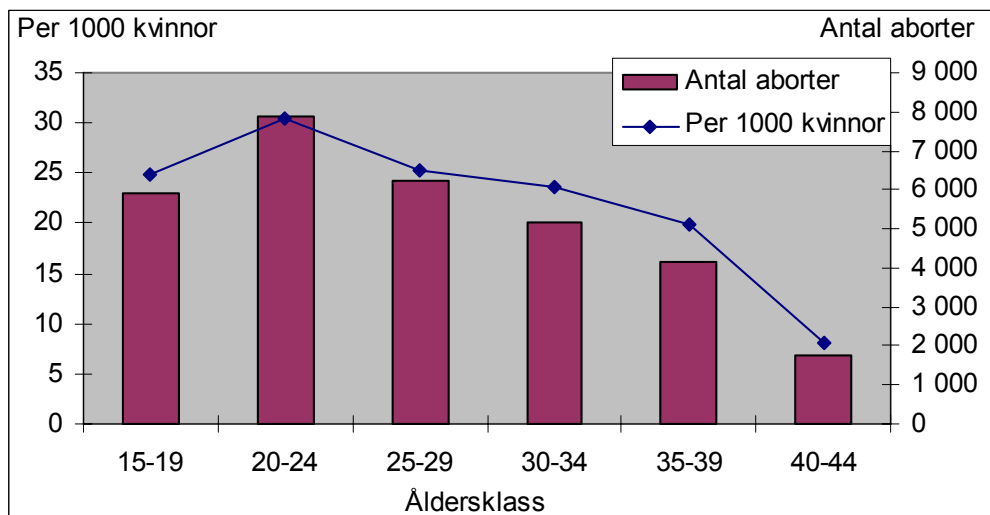
## Administrativt merarbete för apoteken

I dag subventionerar alla landsting utom ett (Västerbotten) p-piller till unga kvinnor. Reglerna för subvention skiljer sig däremot åt mellan landstingen, vilket dels gör att ungdomarnas egenavgifter varierar och dels innebär ett administrativt merarbete för apoteken. År 2004 expedierades totalt 1 242 275 recept för p-piller och vissa andra födelsekontrollerande medel till kvinnor i åldersgruppen 15–44 år. Av de här expedieringarna skedde 4,3 procent (53 489 recept) utanför patientens hemlän. För åldrarna 15–24 år expedierades 448 263 recept för p-piller och andra födelsekontrollerande medel till kvinnor och av dem expedierades 5,9 procent (26 650 recept) utanför patientens eget hemlän. Ett rimligt antagande är att apoteken i genomsnitt får ägna cirka två minuter extra åt hanteringen av utomlänspatienternas p-pillerrecept. Apotekens mertid kan då totalt uppskattas till 888,3 timmar (26 650 recept x 2 min/recept = 53 300 min). Den genomsnittliga månadslönen för en receptarie exklusive arbetsgivaravgift är cirka 26 000

kronor vilket motsvarar en timlön om 161 kronor per timme. På denna summa läggs en arbetsgivaravgift på 44 procent, vilket ger en kostnad på cirka 232 kronor per timme. Apotekens totala merkostnader för administrationen av utomlänspatienternas recepthantering kan alltså uppskattas till cirka 206 000 kronor ( $888,3 \text{ tim} \times 232,1 \text{ kronor per timme} = 206\,190 \text{ kr}$ ). Det kan också hända att de här recepten i någon utsträckning hanteras av apotekare, som har högre lön, vilket innebär en viss underskattning av de faktiska kostnaderna. Socialstyrelsen bedömer trots det att apotekens merkostnader för utomlänspatienternas preventivmedelshantering är marginella jämfört med övrig administration.

# Aborter – utveckling och kostnader

Enligt abortlagen (1974:595) har en kvinna, om hon så önskar, rätt till fri abort före utgången av 18:e graviditetsveckan. Efter den 18:e veckan får abort endast ske efter prövning av Socialstyrelsen och om det föreligger ”synnerliga skäl” [31].



Figur 13. Antal och andel aborter per 1 000 kvinnor (aborttal) i olika åldersgrupper år 2004.

Källa: Socialstyrelsen. Aborter i Sverige 2004. Statistik. Hälsa och sjukdomar 2004:1.

Under perioden 1995–2004 ökade aborttalen bland tonåringar mellan 15 och 19 år från 16,5 till 22,9 aborter per 1 000 tonårsflickor (bilaga 1, tabell 1). De högsta aborttalen i Sverige har dock registrerats bland unga kvinnor i åldersgruppen 20–24 år (figur 13) [33].

I samband med införandet av abortlagen gavs statsbidrag till preventivmedelsrådgivning, som skulle vara kostnadsfri för individen. Preventivmedel som tillhandahölls vid rådgivningen skulle vara gratis, medan hormonella metoder som skrevs ut på recept omfattades av läkemedelsrabatten. De här öronmärkta anslagen upphörde 1984, men rådgivningen har hittills varit kostnadsfri för individen. Däremot har reglerna för rabatterning av receptbelagda läkemedel ändrats, vilket inneburit att kostnaderna för t.ex. p-piller har stigit under åren [33]. P-piller, som kostar mellan 254 och 721 kronor per år, är den vanligaste och mest accepterade metoden för födelsekontroll för de yngsta kvinnorna. Kopparspiral, som är kostnadsfri för individen, har däremot hittills ansetts vara en mer accepterad och lämplig metod för de lite äldre kvinnorna.

## **Aborttal, födelsetal och graviditetstal**

*Aborttalen*, dvs. antalet aborter per 1 000 kvinnor i åldersgruppen 15–19 år, har sedan mitten av 1990-talet varit stigande. Orsaken är inte helt klarlagd, men sannolikt påverkas antalet aborter bland annat av diskussionen om risiker med att äta p-piller [34].

*Födelsetalen* beror förutom på de ungas egen vilja att skaffa barn i stor utsträckning på konjunkturutvecklingen och möjligheterna till en egen försörjning, men också på samhällets transfereringar till barn och föräldrar. Födelsetalen bland tonåringar sjönk under hela 1990-talet. Perioden präglades av lågkonjunktur med stigande arbetslöshet, neddragningar i föräldraförsäkringen och minskade resurser till vård, barnomsorg och skola. Medianåldern för förstföderskor var 1975 24,2 år, 1985 25,6 år, 1995 27,1 år och 2004 29,1 år [35, 45]. Att kvinnorna föredrar att senarelägga tidpunkten för det första barnet innebär ökat behov av säkra preventivmedel under längre tid.

*Graviditetstalen*, dvs. summan av abort- och födelsetalen, kan användas som en approximativ indikator på preventivmedelsanvändningen. Graviditetstalen sjönk från mitten av 1970-talet till slutet av 1990-talet, för att sedan stiga igen under perioden 1999–2002. Under åren 2003 och 2004 har graviditetstalen åter minskat.

*Kvoten* mellan antalet aborter och antalet graviditeter ger ett ungefärligt mått på antalet tonårsgraviditeter som slutat med abort. Som framgår av bilaga 1 har en stigande andel gravida tonåringar sedan år 1975 valt att göra abort i stället för att föda barn [36]. År 2004 slutade 80 procent av alla tonårsgraviditeter med abort.

I bilaga 1 redovisas närmare aborttal, födelsetal och graviditetstal samt kvoten mellan antalet aborter och antalet kända graviditeter bland unga kvinnor mellan 15 och 19 år under åren 1975–2004.

## **Uppskattade totala vårdkostnader för aborter i Sverige**

Preventivmedel antas spara kostnader för sjukvård genom att de minskar antalet aborter [37,38]. Som grund för att jämföra kostnaderna för preventivmedel med dem för aborter redovisas därför först samhällets kostnader för de vanligast förekommande abortmetoderna. Socialstyrelsen har utfärdat föreskrifter och allmänna råd om abort (SOSFS 2004:4 (M)). Sedan år 1992 tillämpas i huvudsak två abortmetoder i Sverige – den farmakologiska och den kirurgiska metoden.

*Den farmakologiska metoden* med ett s.k. abortpiller kan användas fram till utgången av 8:e graviditetsveckan. Behandlingen tar 4–6 timmar. Inom 10–21 dagar måste man sedan göra en kontroll för att säkerställa att aborten är fullständig och att den vaginala blödningen har upphört [39].

*Den kirurgiska metoden* med vakuumskrapning kan användas före utgången av 12:e till 14:e graviditetsveckan (1:a trimestern). Läkaren för in ett plast- eller metallrör i livmodern och gör en skrapning. Ingreppet sker under lokalbedövning eller lätt narkos och tar ungefär 20 minuter. Själva skrapningen tar ett par minuter och kvinnan kan lämna sjukhuset samma dag.

*Sena aborter* efter den 12:e till 14:e veckan kan genomföras med flera metoder. Vanligen görs även i de här fallen en farmakologisk abort där läkemedel ges för att först mjuka upp livmoderhalsen och senare framkalla sammandragningar så att fostret stöts ut. Därefter utförs ibland en skrapning, om det finns rester av moderkakan kvar i livmodern. Mycket sena aborter, efter den 18:e graviditetsveckan, får endast utföras efter tillstånd av Socialstyrelsen och beviljas bara om det föreligger synnerliga skäl. År 2004 utfördes 274 aborter efter 18:e graviditetsveckan, vilket motsvarade 0,8 procent av samtliga aborter det året.

Uppgifterna för att kostnadsberäkna de olika typerna av aborter har hämtats från ett regionalt vårdprogram om abort från Stockholms läns landsting [38]. Kostnaderna baserades i vårdprogrammet på 2002 års priser, men i våra beräkningar har de räknats upp till 2004 års priser. Vårdkostnaderna för en medicinsk abort kan uppskattas till drygt 7 600 kronor, för en kirurgisk abort med vakuumaspiration till närmare 8 600 kronor och för en kirurgisk tvåstegsabort till knappt 14 900 kronor (tabell 20).

Tabell 20. Uppskattade genomsnittskostnader för farmakologisk abort med abortpillret Mifegyne resp. kirurgisk abort med vakuumskrapning i 1:a trimestern eller sen abort i 2:a trimestern år 2004.

	Pris per åtgärd (kr)	Uppskattad andel av de abortsökande	Kostnader för farmakologisk tidig abort i 1:a trimestern (Mifegyne).	Kostnader för vakuumaspiration (kirurgisk tidig abort i 1:a trimestern)	Kostnader för kirurgisk sen abort i 2:a trimestern
<b>1. Innan aborten</b>					
Läkarbesök + info/tidsbokning barnmorska/sjuksköterska	1 852	100%	1 852	1 852	1 852
Provtagning i samband med läkarbesök	721	22%	159	159	159
Kurator: om mindre än 1 tim (D3)	934	25%	233	233	233
om mer än 1 tim (D4)	1 412	25%	353	353	353
Ev. konsult annan klinik (anestesi, medicin, ultraljud, annan klinik), tolk	721	25%	180	180	180
<b>2. Abortgreppet</b>					
Administration av Mifegyne			1 412	Ingen	1 412
Vårdkostnader (dagvård)			2 769	5 120	
Vårdkostnader (slutenvård)					9 977
<b>3. Uppföljning efter abort</b>					
Barnmorska (MVC, Ungdomsmottagning, Sesam)	612	60%	367	367	367
Ev. planerat besök hos läkare	1 121	5%	56	56	56
Ev. läkarbesök pga komplikation (akutbesök)	1 523	10%	152	152	152
Kurator: kortare återbesök (D3)	934	5%	47	47	47
längre återbesök (D4)	1 412	5%	71	71	71
<b>Totalkostnad</b>			<b>7 651</b>	<b>8 590</b>	<b>14 859</b>

Källa: Socialstyrelsen. Uppdaterat efter Regionalt vårdprogram för abort, Stockholms läns landsting 2003.

I Sverige registrerades år 2004 totalt 34 454 aborter. Av dem var 17 189 medicinska aborter, 15 707 kirurgiska aborter med vakuumaspiration och 1 515 sena kirurgiska tvåstegsaborter. Dessutom genomfördes 43 aborter med okänd metod. För den gruppen baserades uppskattningen på genomsnittskostnaderna för de tre huvudtyperna av aborter.

Med utgångspunkt från uppgifterna i tabell 20 kan landstingens totala vårdkostnader för abort ungefärligt uppskattas till drygt 289 miljoner kronor<sup>2</sup>.

Av metodologiska skäl kan man bara uppskatta de alternativa preventivmedelskostnaderna för de kvinnor i åldersgruppen 15–44 år som 2004 genomförde en abort. År 2004 genomförde cirka 2 procent av svenska kvinnor i åldersgruppen 15–44 år en abort. Andelen aborter inom detta åldersspann utgjorde 98,6 procent av samtliga 34 454 verkställda aborter. Om vi antar att de åldersgrupper som använder preventivmedel approximativt kan jämföras med de åldersgrupper som genomfört en abort kan 98,6 procent av de totala preventivmedelskostnaderna tillskrivas åldersgruppen 15–44 år, vilket totalt innebär cirka 447,4 miljoner kronor<sup>3</sup>.

<sup>2</sup> 17 189 x 7 651 kr + 15 707 x 8 590 kr + 1 515 x 14 859 kr + 43 x 8 397 kr = 289 308 625 kr

<sup>3</sup> 98,6 % x 453 770 495 kr = 447 417 709 kr

Om de 33 972 kvinnor i åldersgruppen 15–44 år som genomförde en abort 2004 i stället hade använt preventivmedel hade alternativkostnaden ungefärligt kunnat uppskattas till 8,8 miljoner kronor <sup>4</sup>.

De uppskattade totala kostnaderna för aborter i Sverige har också beräknats för åldersgruppen 15–44 år. Kostnaderna för aborter i den här åldersgruppen kunde ungefärligt beräknas till 285,2 miljoner kronor <sup>5</sup>.

Om man drar av den alternativt beräknade preventivmedelskostnaden från den totala abortkostnaden i åldersgruppen 15–44 år får man fram samhällets besparing för åldersgruppen, som uppskattades till 276,4 miljoner kronor. Det innebär att varje procents minskning av aborttalet genom alternativa preventivmetoder det här året skulle ha sparat samhället cirka 2,8 miljoner <sup>6</sup>. I den här beräkningen ingår dock inte kostnaderna för smittskydd.

---

<sup>4</sup>  $(33\,972 / 1\,724\,785) \times 447\,417\,709 \text{ kr} = 8\,812\,504 \text{ kr}$

<sup>5</sup>  $16\,901 \times 7\,651 \text{ kr} + 15\,545 \times 8\,590 \text{ kr} + 1\,486 \times 14\,859 \text{ kr} + 40 \times 8\,397 \text{ kr} = 285\,257\,455 \text{ kr}$

<sup>6</sup>  $(285\,257\,455 \text{ kr} - 8\,812\,504 \text{ kr}) / 100 = 276\,444\,951 / 100 = 2,8 \text{ milj. kr}$

# Priskänslighet för preventivmedelskostnader

---

En ung persons priskänslighet beror både på de egna ekonomiska resurserna och på föräldrarnas inkomster och förmögenheter, samt på samhällets transfereringar.

Lundberg med flera har undersökt sambandet mellan socioekonomiska faktorer och priskänslighet för läkemedel [40]. De använde sig av logistisk regressionsanalys för att uppskatta sannolikheten för att en svarande skulle reducera sin konsumtion av förskrivna läkemedel som en funktion av storleken på prisökningarna, de socioekonomiska förhållandena och typen av läkemedel.

Känsligheten för prisökningar varierade kraftigt mellan olika typer av läkemedel och socioekonomiska grupper. Unga med dålig hälsa, låg utbildning och låga inkomster var de som sannolikt mest skulle minska sin konsumtion av förskrivna läkemedel när avgifterna ökade. Personer som använde blodtryckssänkande medel, medel mot klimakteriebesvär, hostdämpande medel eller medel mot förstoppning skulle signifikant minska sin konsumtion om priset ökade med 100 procent, medan användningen av preventivmedel inte påverkades vid samma nivå [40].

Socialstyrelsen har också i en rapport följt upp läkemedelsreformen under åren 1997 till 1999 [46]. Man kom fram till att mellan fyra och fem procent en eller flera gånger under ett år avstått från att hämta ut ett recept på grund av kostnaderna. De grupper som i högre grad än genomsnittet låtit bli att hämta ut recept var ensamstående kvinnor med barn, socialbidragstagare och övriga låginkomsttagare. En senare uppföljning bekräftade att ensamstående med barn, socialbidragstagare och även arbetslösa tillhörde de grupper som i högre grad än genomsnittet avstod från att hämta ut läkemedel av kostnadsskäl [13]. Även andra låginkomsttagare, utlandsfödda, förtidspensionerade och personer som haft sjukersättning tillhörde dem som i dubbelt så hög grad som genomsnittet avstod från läkemedel av kostnads-skäl. Det finns därför skäl att också studera kostnadskänsligheten för preventivmedel hos olika grupper av kvinnor.

Socialstyrelsen har i den här utredningen undersökt sannolikheten för att en grupp kvinnor i åldern 15–44 år har använt p-piller de senaste 14 dagarna, givet de olika förhållanden som framgår av tabell 21. Beräkningarna baseras på de senaste tillgängliga uppgifterna i SCB:s undersökning av svenska folkets levnadsförhållanden (ULF) 1996/97. Som indikator på kostnadskänsligheten används deklarerad arbetsinkomst.

Tabell 21. Uppskattad sannolikhet för att kvinnor 16–44 år har använt p-piller under de senaste 14 dagarna, givet de olika förhållanden som anges i tabellen. Sannolikheten anges i oddskvoter (OR) med 95 % konfidensintervall. Data från SCB:s ULF-undersökningar 1996/97.

	OR	95 % konfidensintervall
P-pilleranvändare = 754		
Ej p-pilleranvändare = 2 107		
<b>Ålder</b>		
16-24 år	3,98	(2,92-5,41)
25-34 år	1,83	(1,44-2,34)
35-44 år	1,00	
<b>Civilstånd</b>		
Ogift	1,00	
Gift	0,62	(0,49-0,78)
Skild/Änka	0,53	(0,33-0,84)
<b>Deklarerad arbetsinkomst</b>		
0 - 14 100	1,00	
14 200 - 74 200	1,44	(1,07-1,92)
74 300 - 133 300	1,49	(1,08-2,06)
133 400 - 174 700	1,48	(1,06-2,06)
174 800 - 683 000	1,81	(1,29-2,55)
<b>Rökvanor</b>		
Icke rökare	1,00	
Tidigare rökare	0,96	(0,76-1,21)
Röker 1-9 cig/dag	1,27	(0,90-1,79)
Röker > 9 cig/dag	1,09	(0,84-1,40)
<b>BMI-kategorier</b>		
Undervikt	1,08	(0,71-1,63)
Normalvikt	1,00	
Övervikt	0,87	(0,68-1,11)
Fetma (obesitas)	0,61	(0,37-1,02)
<b>Födelseland</b>		
Sverige	1,00	
Övriga Norden	0,78	(0,39-1,54)
Övriga Europa	1,02	(0,56-1,86)
Utom Europa	0,57	(0,34-0,96)
<b>Utbildning</b>		
Pregymnasial	1,00	
Gymnasial	1,53	(1,17-2,01)
Postgymnasial	1,46	(1,08-1,98)

Källa: Socialstyrelsens bearbetningar av SCB:s ULF-undersökningar 1996/97.

Det kan diskuteras hur stor validitet variabeln deklarerad arbetsinkomst som indikator på tillgängliga ekonomiska resurser har, men det finns ett statistiskt säkerställt samband mellan sannolikheten för p-pilleranvändning de senaste 14 dagarna och arbetsinkomst. Det var nästan dubbelt så hög sanno-

likhet för att den femtedel av de intervjuade kvinnorna som uppgett de högsta inkomsterna (174 800–683 000 kronor) skulle använda p-piller än den femtedel av kvinnorna som hade de lägsta deklarerade arbetsinkomsterna (0–14 100 kronor).

## Diskussion och slutsatser

---

Enligt lagen (1974:525) om ersättning för viss födelsekontrollerande verksamhet m.m. ska rådgivning som lämnas i födelsekontrollerande syfte eller om abort eller sterilisering, och preventivmedel som lämnas ut i anslutning till den, tillhandahållas kostnadsfritt för att verksamheten ska få statligt anslag. Kopparspiraler och pessar tillhandahålls gratis i samband med rådgivningen. Även insättning och inprovning är i förekommande fall kostnadsfri. Receptbelagda hormonella preventivmedel, som ingår i läkemedelsförmånen, omfattas inte av huvudmännens skyldighet att kostnadsfritt lämna ut preventivmedel i samband med rådgivningen.

I den riksdagsmotion som ligger till grund för uppdraget till Socialstyrelsen diskuteras möjligheten att tillåta landstingen att ta ut en mindre summa för t.ex. kopparspiraler för att kunna subventionera p-piller. Socialstyrelsen har därför undersökt möjligheterna att kostnadsbelägga kopparspiralen och uppskattat effekterna på p-pillerpriset om intäkterna i stället skulle användas för att ytterligare subventionera p-piller till unga kvinnor.

Kopparspiraler svarade år 2004 för cirka 14 procent av den totala preventivmedelsanvändningen men bara för cirka 2 procent av kostnaderna. Kopparspiralen är dessutom ett förhållandevis billigt preventivmedel, i synnerhet om kostnaderna slås ut på den totala verkningstiden. Socialstyrelsen har beräknat den procentuella minskningen av p-pillerkostnaderna om landstingens inköpskostnader för kopparspiraler, som år 2004 uppgick till 7,4 miljoner kronor, i stället skulle användas för att subventionera p-piller till ungdomar i olika åldersgrupper. Resultaten visar att subventionseffekten skulle bli liten. År 2004 skulle den ha minskat den totala kostnaden för p-piller med cirka 10 procent för ungdomar under 23 år. För de cirka 84 700 kvinnor som använder kopparspiral skulle konsekvensen i stället bli en ökning av priset på mellan 110 och 355 kronor per styck beroende på typ av spiral i 2004 års priser.

Sedan den aktuella motionen lades har förutsättningarna förändrats på så sätt att även yngre kvinnor som inte fött barn anses kunna använda spiral. Enligt Arbets- och referensgruppen för familjeplanering (FARG) inom Svensk förening för obstetrik och gynekologi (SFOG) har spiral tidigare uppfattats som kontraindicerat för kvinnor som inte fött barn. Baserat på rekommendationer från WHO [9] kommer Läke­medelsverket att rekommendera spiral (kopparspiral eller hormonspiral) även till unga kvinnor, som aldrig varit gravida, under förutsättning att de lever i en stabil monogam relation. Nya studier har visat hur insättningen kan underlättas hos dessa unga kvinnor samt att fertiliteten eller risken för infektioner inte påverkas negativt hos unga som använder spiral. Enligt FARG känner unga kvinnor ofta större rädsla för biverkningar av hormonella preventivmedel och är därför känsliga för olika medialarm. Kopparspiralanvändning påverkas inte av sådana larm, medan p-pilleranvändningen minskar, med risk för att antalet önskade graviditeter och aborter ökar [7,47]. Samtidigt gör kraven på att

kvinnan ska leva i en stabil monogam relation att kopparspiralen ändå inte blir ett jämförbart alternativ för de yngre kvinnorna.

Utbudet av olika slags preventivmedel är i dag större än för tio år sedan. Socialstyrelsen har kartlagt skillnaden i kostnader mellan olika typer av preventivmedel utan läkemedelsförmån och eventuell landstingssubvention. Årskostnaden är högst för de preventivmedel som inte är förmånsberättigade och inte heller omfattas av någon landstingssubvention (kondom, p-ring, p-plåster). P-piller är förmånsberättigade och omfattas därmed av högkostnadsskyddet. Dessutom subventionerar alla landsting utom Västerbottens läns landsting numera p-piller till unga kvinnor enligt regler som de själva fastställer (tabell 1). Socialstyrelsen har i det sammanhanget undersökt om det finns något samband mellan p-pillersubvention och abortfrekvens bland yngre kvinnor, men har inte kunnat se något sådant samband.

Unga kvinnors totala kostnader för p-piller efter eventuell landstingssubvention har uppskattats av Apoteket AB. Egenavgifterna i de olika landstingen varierade mellan 0 och 100 procent. I två tredjedelar av landstingen täckte landstingssubventionen 50 procent eller mer av de kostnader som utan subvention skulle ha betalats av kvinnorna. För kvinnor med låga inkomster och låg landstingssubvention skulle kostnaderna för p-piller kunna innebära ett problem och frågan är om kostnaderna påverkar valet av preventivmedel.

Socialstyrelsen har genomfört en studie av kvinnors användning av p-piller med data från ULF-undersökningen 1996/97 för att undersöka deras priskänslighet. Resultaten tyder på att kvinnornas deklarerade arbetsinkomst kan ha viss betydelse för deras p-pillerutnyttjande. Den femtedel av urvalet som saknade inkomst eller hade en deklarerad årsinkomst under 14 100 kronor hade en signifikant lägre sannolikhet för att ha använt p-piller under de senaste 14 dagarna jämfört med dem som hade en årsinkomst på 14 200 kronor eller mer. Men som tidigare nämnts är utbudet av olika preventivmedel betydligt större nu än för tio år sedan och utifrån det tillgängliga materialet har man inte kunnat undersöka priskänsligheten för något annat än p-pilleranvändning.

Det abortförebyggande arbetet är fortfarande högt prioriterat. Preventivmedel och abort är de två huvudmetoderna för födelsekontroll, men det är viktigt att abort inte blir en ersättning för preventivmedel. Abortutvecklingen visar inga tydliga samband med graden av p-pillersubvention, men antalet aborter bland tonåringar har ökat sedan mitten av 1990-talet. Det är oroande och pekar på hur viktigt det är att bedriva en abortförebyggande verksamhet. Utnyttjandet av preventivmedel beror både på faktorer som har samband med typen av preventivmedel, t.ex. biverkningar och graviditetsrisker, och på olika sociala och kulturella faktorer. Preventivmedelsrådgivningen inom mödravården och vid ungdomsmottagningarna, sex- och samlevnadsundervisningen i skolan och skolhälsovården/elevhälsan har därför stor betydelse. I rådgivningsverksamheten bör man också rikta särskild uppmärksamhet mot kvinnor som är födda i utlandet, eftersom de är överrepresenterade bland de abortsökande och använder preventivmedel i klart mindre utsträckning än svenskfödda kvinnor [48].

Enligt den praxis som utvecklats vid rådgivningsverksamheter är det framför allt kopparspiraler och pessar som lämnas ut kostnadsfritt till kvin-

nor i samband med rådgivningen. De här preventivmedlen utnyttjas i dag i liten utsträckning av ungdomar. Utbudet av preventivmetoder är i dag större än när riksdagen antog den nuvarande abortlagen. Socialstyrelsen anser att staten även fortsättningsvis, i enlighet med 4 § i lagen (1974:525) om ersättning för viss födelsekontrollerande verksamhet m.m. bör lämna ersättning för preventivmedelsrådgivning och att den bör vara kostnadsfri för den enskilde. Däremot bör det vara en uppgift för sjukvårdshuvudmännen att avgöra om och i så fall vilka preventivmedel som ska lämnas ut kostnadsfritt. Rådgivningsverksamheten är en etablerad verksamhet och att subventionera vissa preventivmedel kan spara kostnader för landstingen jämfört med deras vårdkostnader för aborter. Enligt Socialstyrelsens beräkningar skulle de här besparingarna kunna uppgå till cirka 2,8 miljoner kronor för varje procents minskning av antalet aborter. Det finns därför inte skäl att befara att landstingen skulle dra ned på ambitionerna för verksamheten.

## Socialstyrelsens förslag

Socialstyrelsen föreslår att lagen (1974:525) om ersättning för viss födelsekontrollerande verksamhet m.m. ändras på så sätt att det blir möjligt för sjukvårdshuvudmännen att ta betalt för kopparspiraler och pessar och använda intäkterna till att subventionera p-piller eller andra preventivmedel till ungdomar om de så önskar och finner lämpligt. Om sjukvårdshuvudmännen väljer att ta ut kostnader för preventivmedel i samband med rådgivningen bör priset på eventuellt utlämnade hormonella preventivmedel inte överstiga det pris som fastställts av Läkemedelsförmånsnämnden. För medicintekniska hjälpmedel som inte ingår i läkemedelsförmånen behövs ingen sådan restriktion, men det är önskvärt att priset även på de produkterna följs av Läkemedelsverket och Läkemedelsförmånsnämnden.

## Förslag till ändring i Lag (1974:525) om ersättning för viss födelsekontrollerande verksamhet m.m.

### Nuvarande lagtext

1 § Staten, landsting och kommun erhåller ersättning från sjukförsäkringen enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring för rådgivning som lämnas i födelsekontrollerande syfte eller om abort eller sterilisering. Lag (1993:1655).

2 § Ersättningen utges enligt grunder som regeringen fastställer. Ersättningen omfattar även kostnaderna för preventivmedel som utlämnas i

### Föreslagen lagtext

1 § Staten, landstingen och kommunerna erhåller ersättning från sjukförsäkringen enligt lagen - (1962:381) om allmän försäkring för rådgivning som lämnas i födelsekontrollerande syfte eller om abort eller sterilisering. Ersättningen lämnas enligt grunder som regeringen fastställer.

2 § Ersättning enligt denna lag lämnas endast om rådgivning tillhandahålls kostnadsfritt.

samband med rådgivningen.  
Ersättning enligt denna lag utges endast om rådgivning och i anslutning därtill utlämnade preventivmedel tillhandahålls kostnadsfritt. Lag (1984:687).

4 § Ersättning enligt denna lag för rådgivning och i anslutning därtill utlämnade preventivmedel utges av Försäkringskassan.

Om ersättning för resekostnader i samband med rådgivning enligt denna lag finns föreskrifter i lagen (1991:419) om resekostnadsersättning vid sjukresor. Lag (2004:806).

4 § Ersättning enligt denna lag för rådgivning lämnas av Försäkringskassan.

Om ersättning för resekostnader i samband med rådgivning enligt denna lag finns föreskrifter i lagen (1991:419) om resekostnadsersättning vid sjukresor.

# Referenser

---

1. Folkhälsoinstitutet. Förslag till handlingsplan för prevention av oönskade graviditeter för tidsperioden 2002–2007. Stockholm, 2003.
2. Aneblom G. The Emergency Contraceptive Pill – a Second Chance. Knowledge, Attitudes and Experiences Among Users and Providers. [Dissertation]. Uppsala University, 2003.
3. Lewin B, Fugl-Meyer K, Helmius G, Lalos A, Månsson S-A. Sex i Sverige. Om sexualitet i Sverige 1996. Stockholm: Folkhälsoinstitutet, 1998.
4. Tydén T. Kvinnliga studenter och sex. En tio-års uppföljning av sexualvanor från 1989 till 1999.: Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap. Uppsala Universitet.
5. Tydén T, Olsson S-E, Häggström-Nordin E. Improved Use of Contraceptives, Attitudes Toward Pornography, and Sexual Harassment Among Female University Students. *Women's Health Issues* 2001;11(2):87–94.
6. Hedberg A. Andel kvinnor i befolkningen 18–44 år som använt p-piller under de senaste två veckorna (opublicerade data). Stockholm: SCB:s ULF-undersökningar, 2005.
7. Odling V. Aborterna ökar bland unga kvinnor i Sverige – kan trenden motverkas? *Information från Läke-medelsverket*. 2003;14(1): 7–10.
8. Läke-medelsverket. Antikonception. Rekommendationer från ett expertmöte arrangerat av Läke-medelsverket den 31 mars–1 april 1993. *Information från Läke-medelsverket*. 1993;4(4).
9. WHO. Medical eligibility criteria for contraceptive use. Geneva: Reproductive Health and Research, Third edition, 2004.
10. Andersson B. RFSU:s uppskattning enligt personlig kommunikation. Stockholm, 2005.
11. Larsson M. The Adoption of a New Contraceptive Method – Surveys and Interventions Regarding Emergency Contraception. Uppsala University, 2004.
12. Läke-medelsförmånsnämnden (LFN). Kostnadseffektiva läke-medel. Solna, 2005. <http://www.lfn.se>.
13. Bergmark E, Schmidt I, Norman C, Mossler K. Vilka avstod från läke-medel år 2000? – orsaker och konsekvenser. Stockholm: Socialstyrelsen, 2002.

14. Borg Y, Calles H, Törnblom C. Läkemedelsförmånerna. Uppsala: Apoteket AB, 2005.
15. Holmström U, Gårdmark S. Prisskillnader mellan olika typer av preventivmedel. Analys av olika aspekter på utjämning av skillnader i dagens system. Rapport till Regeringen 2 maj 2001. Stockholm: Socialstyrelsen, 2001.
16. Swedish Standards Institute (SIS). Intrauterina preventivmedel med koppar – Krav och provningsmetoder (ISO 7439:2002). Stockholm, 2002. <http://www.sis.se>
17. Nationalencyklopedin. Födelsekontroll, 2005. <http://www.ne.se>.
18. Shelton JD, Taylor RN. The Pearl Pregnancy Index reexamined: Still useful for clinical trials of contraceptives. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1981;139:592–6.
19. Läkemedelsindustriföreningen (LIF). Gynol-Plus®, Janssen-Cilag. Bipacksedel, FASS.se, 2005.
20. Lyngstam O. Läkemedel och hälsa. Preventivmedel. <http://www.fass.se> FASS.se för allmänheten. Göteborg: Läkemedelsindustriföreningen (LIF), 2005.
21. Odling V, Milsom I. Antikonception och aborter. Läkemedelsboken 2005/2006. Uppsala: Apoteket AB, 2005.
22. Läkemedelsverket. Läkemedelsmonografi. NuvaRing (etonogestrel/etinylöstradiol). Information från Läkemedelsverket. 2003;14(4).
23. Läkemedelsverket. Evra (etinylestradiol och norelgestromin). Information från Läkemedelsverket. 2002;13(7–8).
24. Archer DF, Bigrigg A, Smallwood GH, Shangold GA, Creasy GW, Fisher AC. Assessment of compliance with a weekly contraceptive patch (Ortho Evra/Evra) among North American women. *Fertil Steril.* 2002;77(2 Suppl 2):27–31.
25. Odling V, Milsom I. Antikonception och aborter. Läkemedelsboken 2003/2004. Stockholm: Apoteket AB, 2003.
26. Stockholms läns landsting. Vårdguiden. Preventivmetoder. Stockholm, 2004-09-08. <http://www.vardguiden.se>.
27. Socialstyrelsen och Landstingsförbundet. Vårdkostnader 2002 för NordDRG. En sammanställning av material från Landstingsförbundets kostnadsdatabas 2002. Stockholm: CPK – Centrum för patientklassificering, december 2004.

28. Georgsson H. Vem vill vara gift med en kastrerad tupp? – en diskussion om sterilisering och män. Stockholm: Andrologiskt Centrum. Karolinska universitetssjukhuset, Årsmöte 28 maj 2004.
29. Socialstyrelsen. Statistik över läkemedelsförsäljningen 2004. Statistik. Hälsa- och sjukvård 2005:1. Sveriges officiella statistik. Stockholm, mars 2005.
30. Socialstyrelsen. Minskar tonårsaborter vid subventionering av p-piller? EpC-rapport. Stockholm: Epidemiologiskt Centrum, 1994.
31. Socialstyrelsen. Aborter 2003. Sveriges officiella statistik. Hälsa och sjukdomar 2004:9. Stockholm: Epidemiologiskt Centrum, december 2004.
32. Sveriges officiella statistik. Aborter i Sverige 2003 januari–december. Preliminär sammanställning. Statistik. Hälsa och Sjukdomar 2004:1. Stockholm: Socialstyrelsen. Epidemiologiskt Centrum, 18 mars 2004. <http://www.sos.se>.
33. Kostnader för preventivmedel. Motion 1996/97:So219.
34. Persson I, Ahlqvist-Rastad, J. P-piller och risken för blodpropp. Version 1.0 ed. Uppsala: Läkemedelsverket, 2001.
35. Sundström K, Centerwall, E., Nilsson, A., Nordenmark, L. Hur gör dom andra? Om sexualitet och samlevnad på 1990-talet. Stockholm: Folkhälsoinstitutet, 2000.
36. Darroch JE, Frost, J.J., Singh, S. and The Study Team. Teenage Sexual and Reproductive Behavior in Developed Countries. Can More Progress Be Made? New York & Washington: The Allan Guttmacher Institute, 2001.
37. Trussell J, Leveque J, Koenig J, London R, Borden S, Henneberry J, et al. The economic value of contraception: a comparison of 15 methods. *Am J Public Health* 1995;85(4):479–80.
38. Å:son Berg A, Brihmer C, Bocangel MH, Heidvall K, Hellström L, Jönsson M, et al. Abort. Regionalt vårdprogram. Stockholm: Stockholms läns landsting. Beställarkontor vård., 2003.
39. Läkemedelsindustriföreningen L. Läkemedelsfakta: Produktresumé (SPC). Mifegyne. Kungsbacka: Elanders Tryck AB, 2005.
40. Lundberg L, Johannesson M, Isacson DGL, Borgquist L. Effects of user charges on the use of prescription medicines in different socio-economic groups. *Health Policy* 1998;44:123–134.
41. Apoteket AB. Svensk läkemedelsstatistik 99. Stockholm i maj 2000.

42. Andersson K, Od lind V, Rybo G. Levonorgestrel-releasing and copper-releasing (Nova T) IUDs during five years of use: A randomized comparative trial. *Contraception* 1994;49:56–72.
43. Rahm V-A. Subventionerade p-piller till tonåringar – 1 års försöksverksamhet i Gävle. *Läkartidningen* 1991;88(25):2296–97.
44. Csillag C. Sweden: Abortions among teenagers halved. *The Lancet* 1993;341:1084.
45. SCB. Befolkningsstatistik del 4, 2002. Tabell 3.23; Tabeller över Sveriges befolkning 2004. Tabell 2.2.12.
46. Socialstyrelsen. Läkemedelsreformen 1997 – hur blev det? Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 2000:7. Stockholm december 2000.
47. Tydén T, Aneblom G, von Essen L, Häggström-Nordin E, Larsson M, Od lind V. Trots tillgängliga akut-p-piller sjunker inte antalet aborter. Studier av kvinnors kunskaper, attityder och erfarenheter av metoden. *Läkartidningen* 2002;99:4730–35.
48. Helström L, Od lind V, Zätterström C, Johansson M, Granath F, Correia N, Ekbom A. Abortion rate and contraceptive practices in immigrant and native women in Sweden. *Scand J Public Health* 2003;31(6):405–10.
49. Kungl. Maj:ts proposition 1974:70 med förslag till abortlag, m.m., given den 8 mars 1974.
50. Abortlag (1974:595)
51. Lag (1974:525) om ersättning för viss födelsekontrollerande verksamhet m.m.
52. Förordning (1994:1121) om läkarvårdsersättning
53. Socialutskottets betänkande 1997/98:SoU2. Vissa hälso- och sjukvårdsfrågor.
54. SOSFS 1975:115 (M). Socialstyrelsens cirkulär med föreskrifter om verkställigheten av steriliseringslagen (SFS 1975:580; MF 1975:70).

# Bilagor

## Bilaga 1. Aborttal, födelsetal och graviditetstal

Tabell 1. Aborttal, födelsetal och graviditetstal (aborter + levande födda) per 1 000 kvinnor 15–19 år under perioden 1975–2004. Kvoten av antalet aborter i förhållande till antalet graviditeter ger ett ungefärligt mått på andelen tonårsgraviditeter som slutar med abort.

År	Kvinnor 15-19 år i befolkningen den 31 dec.	Aborter 15-19 år		Födslar 15-19 år		Graviditeter 15-19 år		Kvot aborter/ gravida
		Antal	Per 1 000	Antal	Per 1 000	Antal	Per 1 000	
1975	259 970	7 471	28,7	5 570	21,4	13 041	50,2	0,57
1976	259 357	7 085	27,3	4 703	18,1	11 788	45,5	0,60
1977	259 850	6 494	25,0	4 107	15,8	10 601	40,8	0,61
1978	263 784	5 969	22,6	3 572	13,5	9 541	36,2	0,63
1979	272 977	5 850	21,4	2 361	8,6	8 211	30,1	0,71
1980	282 665	5 927	21,0	3 124	11,1	9 051	32,0	0,65
1981	290 466	5 793	19,9	2 959	10,2	8 752	30,1	0,66
1982	296 313	5 595	18,9	2 691	9,1	8 286	28,0	0,68
1983	296 306	5 168	17,4	2 435	8,2	7 603	25,7	0,68
1984	288 424	5 053	17,5	2 109	7,3	7 162	24,8	0,71
1985	282 148	4 992	17,7	2 113	7,5	7 105	25,2	0,70
1986	278 028	5 332	19,2	2 175	7,8	7 507	27,0	0,71
1987	274 310	5 775	21,1	2 034	7,4	7 809	28,5	0,74
1988	273 410	6 448	23,6	2 109	7,7	8 557	31,3	0,75
1989	276 583	6 650	24,0	2 449	8,9	9 099	32,9	0,73
1990	274 946	6 587	24,0	2 685	9,8	9 272	33,7	0,71
1991	268 568	5 994	22,3	2 450	9,1	8 444	31,4	0,71
1992	261 346	5 198	19,9	2 155	8,2	7 353	28,1	0,71
1993	254 512	4 677	18,4	1 944	7,6	6 621	26,0	0,71
1994	249 739	4 350	17,4	1 669	6,7	6 019	24,1	0,72
1995	247 029	4 067	16,5	1 486	6,0	5 553	22,5	0,73
1996	245 624	4 225	17,2	1 346	5,5	5 571	22,7	0,76
1997	245 139	4 240	17,3	1 224	5,0	5 464	22,3	0,78
1998	245 632	4 390	17,9	1 145	4,7	5 535	22,5	0,79
1999	245 595	4 514	18,4	1 684	6,9	6 198	25,2	0,73
2000	247 144	5 001	20,2	1 741	7,0	6 742	27,3	0,74
2001	251 908	5 408	21,5	1 655	6,6	7 063	28,0	0,77
2002	258 740	6 240	24,1	1 697	6,6	7 937	30,7	0,79
2003	268 883	6 320	23,5	1 590	5,9	7 910	29,4	0,80
2004	279 492	6 400	22,9	1 557	5,6	7 957	28,5	0,80



