

Uppföljning av reformen om kostnadsfria läkemedel till barn

Slutrapport

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

Artikelnummer 2019-10-6383

Publicerad www.socialstyrelsen.se, oktober 2019

Förord

Socialstyrelsen har i uppdrag att följa upp reformen om kostnadsfria läkemedel till barn som trädde i kraft 1 januari 2016. Denna rapport utgör slutredovisning av uppdraget.

I rapporten redovisar Socialstyrelsen bland annat följande:

- Utvecklingen av läkemedelskonsumtion inom förmånssystemet till barn 0 till 17 år före och efter reformen.
- Förändringar i läkemedelskonsumtion till barn utifrån ett socio-ekonomiskt perspektiv.
- Utvecklingen av förmånskostnader för barn före och efter reformen.
- Förskrivande läkares uppfattningar om och erfarenheter av reformen.

Staffan Söderberg har varit ansvarig projektledare och Helena von Knorring ansvarig enhetschef. Ett stort tack riktas till de vårdnadshavare, läkare och farmaceuter som deltagit och möjliggjort denna uppföljning. Ett tack riktas också till de myndigheter och organisationer som vi haft kontakt med inom uppdraget. Ett särskilt tack riktas till Sveriges Läkarförbund som hjälpt till med administrationen av enkätundersökningen till läkare.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Inledning	9
Uppdraget	9
Syfte och mål	10
Begränsningar	10
Frågeställningar och uppgiftskällor	12
Rapportens disposition	13
Reformen om kostnadsfria läkemedel till barn	14
Läkemedelsförmånerna	14
Generiskt utbyte av läkemedel	15
Studier om att avstå läkemedel	16
Uppdragets viktigaste iakttagelser	17
Läkemedelsbehandling	17
Kostnader	20
Sammantagen bedömning	20
Resultatpresentation	21
Läkemedelsuttag till barn under 2018	21
Förändring av läkemedelskonsumtionen bland barn 2006 till 2018	22
Förändringar av läkemedelskonsumtion utifrån socioekonomisk gruppering	31
Förändring av kostnader för läkemedel före och efter reformen	36
Förskrivares synpunkter på och erfarenheter av kostnadsfriheten	46
Förskrivning kontra uttag	49
Vårdkonsumtion	50
Kostnadsfriheten och nationella vaccinationsprogrammet för barn	51
Bilaga 1. Läkemedelsgrupper och ATC-koder	53
Bilaga 2 Läkemedelskonsumtion	55
Bilaga 3. Beskrivning av decilgrupper	59
Bilaga 4. Enkät till förskrivare	61
Bilaga 5. Kvalitetsdeklaration enkätundersökning	66
Bilaga 6. Använda register	69
Referenser	70

Sammanfattning

Sedan den 1 januari 2016 är läkemedel inom läkemedelsförmånen kostnadsfria för barn 0 till 17 år. Socialstyrelsen har haft i uppdrag att följa upp reformen. Med denna rapport slutredovisar myndigheten uppdraget.

Kostnadsfriheten har fått ett brett genomslag

I och med reformen om kostnadsfria läkemedel till barn har det ekonomiska hindret för barns läkemedelsbehandling, när det gäller läkemedel inom förmånen, avlägsnats. Detta är reformens intention och sakliga innebörd. Inget barn behöver sedan 2016 avstå från förmånsklassade läkemedel på grund av vårdnadshavares ekonomi. Kännedomen om denna kostnadsfrihet bedöms vara god bland vårdnadshavare och förväntas bli ännu bättre med tiden. Detta tillsammans med ett ökat antal läkemedelsuttag pekar på ett brett genomslag för reformen om kostnadsfria läkemedel till barn. Andel barn i befolkningen som det görs minst ett årligt läkemedelsuttag för har ökat från 39 procent 2015 till 43 procent 2018. Antalet uttag av läkemedel till barn har ökat med 22 procent mellan 2015 och 2018 justerat för befolkningsökningen. Antalet definierade dygnsdoser som hämtas ut har också ökat under denna period, vilket sammantaget visar på en ökad läkemedelskonsumtion bland barn i befolkningen i och med reformen. Den största ökningen av antalet läkemedelsuttag ägde rum under reformåret 2016 för att sedan plana ut något. I vilken utsträckning den ökade läkemedelskonsumtionen också beror på andra faktorer som exempelvis förändrade behandlingsriktlinjer eller en ökad sjukdomsburda bland barn och unga i befolkningen är svårare att fastställa.

Läkemedelskonsumtion bland barn ökade under reformåret 2016 mest i socioekonomiskt utsatta grupper

De uppgifter och den information som samlats in inom aktuellt uppdrag pekar sammantaget på att förutsättningarna för att tillgodose barns behov av förmånsklassade läkemedel har förbättrats. En enkätundersökning som genomförts inom uppdraget visar följaktligen att vårdnadshavare inte avstår från att hämta ut förmånsklassade läkemedel till sina barn av kostnadsmissiga skäl. Vårdnadshavare kan dock fortsättningsvis ha svårigheter med att betala för de läkemedel som ligger utanför läkemedelsförmånen. Det kan också finnas kvarvarande problem med tillgängligheten till vården som i förlängningen påverkar barns tillgång till läkemedel. I Socialstyrelsens enkät till vårdnadshavare svarade 3 procent av respondenterna att de avstått från att söka vård för sitt barn. Den vanligaste orsaken till detta var uppfattningen om att det tar för lång tid att få träffa en läkare. Benägenheten att söka vård kan också variera mellan olika grupper.

Utifrån intentionerna med reformen om kostnadsfria läkemedel till barn är det positivt att socioekonomiskt utsatta familjers barn ökat sin läkemedelskonsumtion. Reformen har således träffat familjer som förmodas ha ett stort behov av kostnadsfriheten. Framförallt under reformåret ökade dessutom antalet läkemedelsuttag bland barn i dessa familjer mer än bland barn i andra

familjer. Således ökade uttagen mer bland barn i familjer med lägre disponibel inkomst än i familjer med högre inkomst. Även antalet uttag bland barn i familjer där mamman har en lägre utbildning ökade mer än i familjer där mamman har en eftergymnasial utbildning. Läkemedelsuttagen ökade också mer bland barn i familjer som beviljats ekonomiskt bistånd än i familjer utan ekonomiskt bistånd. Under åren 2017 och 2018 minskade dock antalet läkemedelsuttag något bland barn i familjer med ekonomiskt bistånd medan antalet uttag fortsatte att öka för övriga barn. Detta kan bero på att det var en högre andel utrikesfödda som fick ekonomiskt bistånd dessa år än 2015. Att utrikesfödda har en lägre kontakt med hälso- och sjukvården skulle kunna ha en effekt även för läkemedelskonsumtionen bland barn i denna grupp.

Kostnadsfriheten påverkar inte direkt det nationella vaccinationsprogrammet

Eftersom vacciner inom det nationella vaccinationsprogrammet inte får ingå i läkemedelsförmånen har reformen om kostnadsfria läkemedel inte haft någon direkt inverkan på redan existerande vacciner i detta sammanhang. Men den jämlika vården kan påverkas när regioner lokalt beslutar om kostnadsfria vacciner utanför det nationella vaccinationsprogrammet. Konsekvensen av sådana beslut blir att vacciner är gratis för barn i vissa regioner men inte andra.

Generiskt utbyte är vanligt

Benägenheten för den som hämtar ut läkemedel att byta till periodens vara är hög vad gäller läkemedel till barn 0 till 17 år. För 97 procent av samtliga läkemedelsuttag som gjordes inom förmånen till barn 2018, betalade inte den person som hämtade ut läkemedlet någonting. Det finns inget som tyder på att kostnadsfriheten påverkat systemet med generiskt utbyte.

Reformen har kostat mer än förväntat

Förmånskostnaderna för regionerna förväntades i och med reformen öka med 410 miljoner per år (Departementsskrivelse 2014:42). Kostnaderna har dock ökat mer än så. Under reformåret 2016 var ökningen drygt 550 miljoner kronor. Efter reformåret har ökningstakten av förmånskostnaderna stabiliserats. Drygt 70 procent av den sammantagna kostnadsökningen kan förklaras av att regionerna har övertagit kostnaden för egenavgiften. Cirka 8 procent av kostnadsökningen kan förklaras av befolkningstillväxten i gruppen barn 0 till 17 år. Resterande ökning kan förklaras av en ökad läkemedelskonsumtion och av att nya läkemedel tillkommit inom förmånen.

Inledning

Uppdraget

Socialstyrelsen har haft regeringens uppdrag (S2017/04185/FS delvis) att följa upp den reform om kostnadsfria läkemedel till barn som trädde i kraft den 1 januari 2016.

Uppdraget är formulerat på följande sätt:

Socialstyrelsen ska följa upp reformen om kostnadsfria läkemedel utifrån huvudsyftet om att barn inte ska avstå läkemedelsbehandling av ekonomiska skäl. Även andra konsekvenser som reformen kan ha medfört ska ingå i uppföljningen, såsom förändrade förskrivningsmönster, uttag av läkemedel som sedan inte används samt förändringar i konsumtion av vård. Beräkningar av förmånskostnaderna för läkemedel och andra varor för barn före och efter reformen ska också redovisas. Vidare ska samspelet med övriga regelverk för läkemedel såsom nationella vaccinationsprogram och systemet för generiskt utbyte belysas. Slutligen ska allmänhetens kännedom och erfarenheter av reformen samt professionens erfarenheter, synpunkter och eventuellt ändrade arbetssätt till följd av reformen undersökas. Uppföljningen ska inkludera samtliga grupper av barn som omfattas av reformen. När så är relevant och möjligt ska uppdelning göras utifrån läkemedelsgrupper och patientgrupper samt utifrån ålder, socioekonomi, kön och region.

Uppdraget delredovisades i oktober 2018 (1). Denna rapport utgör slutredovisning av uppdraget.

Inom uppdraget har vi samrått och haft kontakt med Folkhälsomyndigheten, Läkemedelsverket, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, Sveriges Läkarförbund, E-hälsomyndigheten, Sveriges Apoteksförening, Migrationsverket, Sveriges Kommuner och Landsting, samt ett antal av regionernas läkemedelskommittéer. Vi har också haft kontakt med Föreningen Majblomman, Svenska Celiakiförbundet, Läkare i världen samt Förbundet för barn, unga och vuxna med utvecklingsstörning.

Samråd har bland annat genomförts i form av hearings och andra typer av informationsutbyten. Vi har också fått inspel på olika delar av uppdraget från olika aktörer. Folkhälsomyndigheten har kommit med inspel i frågan om reformens påverka på det nationella vaccinationsprogrammet. Från E-hälsomyndigheten har vi erhållit receptdata och från Region Stockholm data om vårdkonsumtion. Sveriges Läkarförbund hjälpte oss att administrera enkätundersökningen till läkare och Sveriges Apoteksförening hjälpte oss att administrera den kvalitativa undersökningen med farmaceuter.

Syfte och mål

Syftet med uppdraget har varit att följa upp reformen om kostnadsfria läkemedel med fokus på att beskriva förändringar i läkemedelskonsumtion och kostnader över tid. Målet med uppföljningen i sin helhet är att den ska bidra till ökad kunskap om reformen. Rapporteringen riktar sig i första hand till regeringen.

Inom uppdraget beaktar Socialstyrelsen barnrättsperspektivet genom att analysera om reformen kommer barn till godo. Uppdraget knyter också an till FN:s globala mål för hållbar utveckling i Agenda 2030 gällande mål 3 (hälsa och välbefinnande), mål 5 (jämsliddhet) och mål 10 (minskad ojämlikhet).

Begränsningar

Ett flertal begränsningar finns för att Socialstyrelsen fullt ut ska kunna svara på uppdragets frågeställningar.

Nationell datakälla om förskrivning över tid saknas

I uppdraget anges att Socialstyrelsen ska studera förskrivningsmönster till följd av reformen. I dagsläget finns det inte någon nationell datakälla som belyser förskrivning över tid. I Socialstyrelsens läkemedelsregister registreras endast uppgift om uttag av läkemedel som hämtas ut mot recept på apotek. Utifrån registret går det således inte att avgöra huruvida barn förskrivs läkemedel i förändrad utsträckning eller om det är benägenheten att hämta ut dessa som förändras över tid.

Registret innehåller inte heller uppgifter om receptfria läkemedel som köps på apotek utan recept vilket innebär att vi inte kan visa på samband mellan uttag av förskrivna läkemedel i förhållande till läkemedel som köps receptfritt. Socialstyrelsen har inte heller information om vilka arbetsplatskoder som anger recept som förskrivits av digitala vårdgivare. Detta medför att vi inte kan studera utvecklingen av den digitala vården i denna del.

Läkemedelsregistret saknar uppgift om barn utan fullständigt personnummer

I läkemedelsregistret går det inte att erhålla tillförlitlig information om läkemedel för barn och unga som saknar ett fullständigt personnummer. Apoteken lämnar in en ansökan om ersättning till Migrationsverket som beslutar om och betalar ut den statliga ersättningen avseende kostnader för receptförskrivna läkemedel till asylsökande. Migrationsverket har dock meddelat Socialstyrelsen att de inte kan identifiera barn bland dessa ansökningar.

Information om barns behov av läkemedel saknas

Ytterligare en begränsning i sammanhanget är det faktum att det inte finns en informationskälla som speglar barns behov av läkemedel vilket gör att vi inte kan uttala oss om huruvida en ökning eller minskning av läkemedelskonsumtion är önskvärd i sig utifrån barns farmakologiska behov.

Nationellt primärvårdsregister med uppgift om vårdkonsumtion saknas

Den mesta vården till barn och unga sker inom primärvården. Då det inte finns ett nationellt primärvårdsregister i Sverige som belyser diagnosticering, behandling eller vårdresultat är det svårt att uttala sig om reformens påverkan på vårdkonsumtion ur ett nationellt perspektiv. Uppgifter om vård som ges av digitala vårdgivare finns inte heller samlat i ett nationellt register.

Läkemedelsgrupper

I denna rapport beskrivs barns¹ konsumtion av läkemedel och andra förmånsberättigade varor som omfattas av paragraferna 15 till 18 i lagen (2002;160) om läkemedelsförmåner med mera. Andra förmånsberättigade varor omfattar bland annat förbrukningsartiklar – såsom stomiartiklar samt diabetes-, inhalations- och injektionshjälpmedel. Även livsmedel för särskilda näringsändamål för barn under 16 år omfattas av förmånen. I rapporten används *läkemedel* som ett samlingsbegrepp vilket då även inkluderar förmånsberättigade varor och livsmedel. När dessa särskiljs framgår det av texten.

När vi i rapporten redovisar data om läkemedelskonsumtion bland barn används i huvudsak de läkemedelsgrupper som finns i Socialstyrelsens externa statistikdatabas, vilka har definierats i dialog med användare av registret.² Indelningen kan motsvara en hel grupp inom ATC-systemet, eller en kombination av flera olika ATC-grupper.³ Det finns en grupp som kallas övriga läkemedel. Vilka ATC-koder som ingår i denna grupp redovisas i tabell 17, bilaga två.

Uppgifterna i rapporten gäller läkemedel inom förmånssystemet om inget annat anges.

Statistiska mått

I rapporten är antal *uttag* (*expedieringar*) vid apotek vårt huvudsakliga statistiska mått. På ett recept kan flera uttag göras. Måttet beskriver att ett uttag görs av ett specifikt läkemedel på apotek. Det enskilda uttaget som en person gör kan dock omfatta fler förpackningar. Hämtas två olika läkemedel ut på två olika recept så registreras två uttag.

Vi använder även måttet antal uthämtade *definierade dygnsdoser (DDD)* i rapporten. DDD är en teknisk måtenhet som skapats just för jämförelser av läkemedelskonsumtion över tid och områden. DDD är den förmodade medeldosen till vuxna vid underhållsbehandling vid läkemedlets huvudindikation (huvudsakliga användningsområde).⁴ Även om DDD inte är anpassat för barn så gör måttet det möjligt att jämföra barns relativa förändring av läkemedelskonsumtion över tid.⁵ DDD finns angivet vid närmare 65 procent av samtliga

¹ I rapporten används begreppet barn för hela målgruppen som omfattas av reformen det vill säga personer 0-17 år.

² <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/register/alla-register/lakemedelsregistret/>

³ ATC-systemet är ett internationellt system för klassificering av läkemedel, Anatomical Therapeutic Chemical classification system.

⁴ <https://lakemedelsverket.se/Alla-nyheter/NYHETER---2000/DDD---en-matenhet-for-studier-av-lakemedelsanvandning/>

⁵ https://www.who.int/medicines/regulation/medicines-safety/toolkit_ddd_more/en/

uttag. Tillsammans säger antal uttag och antal uthämtade DDD något om den samlade läkemedelskonsumtionen.

När vi särredovisar utvecklingen för några specifika läkemedel som saknar DDD använder vi istället måttet *antal uthämtade förpackningar*. En svaghet med det måttet är att förpackningar kan variera i storlek.

Två andra mått i rapporten är *antal* respektive *andel barn med minst ett årligt uttag av läkemedel*. Dessa två mått säger något om hur stora grupper av barn som tillhandahålls läkemedel under ett år.

Med något undantag redovisas måtten i form av antal per 100 000 barn i syfte att justera för ökningen av antal barn i befolkningen. Undantaget är *andel barn med minst ett årligt uttag av läkemedel*. Vi visar också i procentandelar hur stora läkemedelsgrupperna är i förhållande till varandra.

De kostnadsmått som återfinns i rapporten rör; förmånskostnader, egenavgifter, merkostnader samt patientkostnader. Kostnadsmåtten beskrivs både i faktiska kostnader samt justerat för befolkningstillväxt i form av kostnader per 100 000 barn. Alla kostnader som presenteras är löpande priser, detta innebär att kostnaderna inte är inflationsjusterade

Frågeställningar och uppgiftskällor

Reformen om kostnadsfria läkemedel till barn trädde i kraft den 1 januari 2016. Socialstyrelsen fick uppdraget att följa upp reformen i juli 2017. Det fanns således inte möjlighet för oss att med en baslinjemätning undersöka vårdnadshavares eventuella problem med att betala för barns läkemedel innan reformen trädde i kraft. En undersökning i syfte att studera detta genomfördes istället under våren 2018. Tabell 1 beskriver vilka uppgiftskällor vi använt oss av i övrigt samt vilka kompletterande datainsamlingar som genomförts för att besvara uppdragets olika frågor.

Tabell 1. Översikt av uppdragets frågeställningar och uppgiftskällor

Frågeställning	Uppgiftskälla	Insamlingsperiod
Avstår barn läkemedelsbehandling av ekonomiska skäl?	Enkätundersökning vårdnadshavare	Våren 2018
Läkemedelskonsumtion bland olika socioekonomiska grupper.	Läkemedelsregistret Inkomstdata från SCB Uppgift om ekonomiskt bistånd från SCB Utbildningsregistret	Fler årgångar
Görs uttag av läkemedel som sedan inte används?	Enkätundersökning till vårdnadshavare	Våren 2018
Relation förskrivning och uttag av läkemedel	Enkätundersökning till vårdnadshavare Data från E-hälsomyndigheten	Våren 2018
Har reformen inneburit förändringar i konsumtion av vård?	Enkätundersökning till förskrivare Data från Stockholms Läns Landsting	Våren 2019
Beräkningar av förmånskostnaderna för läkemedel och andra varor för barn före och efter reformen.	Läkemedelsregistret Conside (E-hälsomyndigheten)	Fler årgångar
Hur samspelar reformen med nationella vaccinationsprogrammet för barn?	Inspel från folkhälsomyndigheten	Våren 2019

Allmänhetens kännedom och erfarenheter av reformen.	Enkätundersökning till vårdnadshavare	Våren 2018
Hur samspelar kostnadsfriheten med systemet för generiskt utbyte?	Läkemedelsregistret	Fler årgångar
	Kvalitativ undersökning med farmaceuter	Våren 2018
Professionens erfarenheter, synpunkter och eventuellt ändrade arbetssätt.	Kvalitativ undersökning med farmaceuter	Våren 2018
	Enkätundersökning till förskrivare	Våren 2019

Enkätundersökningar, intervjuer och hearings

Enkätundersökningen till vårdnadshavare genomfördes via Kantar Sifos onlinenepanel och besvarades i sin helhet av 1266 respondenter. Det är okänt hur många av de som fått inbjudan som ingått i målgruppen eftersom Kantar Sifo saknade information om vilka panellister som vid tillfället hade barn i åldrarna 0 till 17 år. Mot denna bakgrund går det inte att beräkna en svarsfrekvens.

Enkätundersökningen till förskrivande läkare besvarades av 462 respondenter vilket motsvarar 29 procent svarsfrekvens. Huvudsyftet med denna undersökning var att belysa läkares erfarenheter av, synpunkter på samt eventuellt ändrade arbetssätt till följd av reformen. Bedömningen är att vi fått en god bild av vilka olika typer av erfarenheter som finns bland läkare även om en högre svarsfrekvens hade kunnat svara på om en viss typ av erfarenhet är mer representativ än andra erfarenheter.

Den kvalitativa undersökningen med farmaceuter omfattade intervjuer med tio farmaceuter. Datainsamlingen från vårdnadshavare, läkare och farmaceuter är begränsad varför resultaten bör tolkas med viss försiktighet.

Inom uppdraget har vi också inhämtat erfarenheter och synpunkter från regionernas läkemedelskommittéer. Samtliga 21 läkemedelskommittéer bjöds in till en hearing i april 2018 och sju kommittéer tackade ja till medverkan. Vi har också haft viss mejlkorrespondens med läkemedelskommittéerna före och efter denna hearing. Vi har bland annat efterfrågat regionala uppföljningar av reformen.

Rapportens disposition

Efter denna inledning beskrivs reformens innehåll samt systemen med läkemedelsförmåner och generiskt utbyte. En kort redogörelse görs också av undersökningar som speglar varför patienter inte hämtar ut förskrivna läkemedel.

I ett separat avsnitt presenteras uppdragets viktigaste iakttagelser. I resultatpresentationen följer sedan en redogörelse av läkemedelskonsumtion bland barn 2018. Sedan följer en beskrivning av läkemedelskonsumtion över tid för olika läkemedelsgrupper, åldersgrupper, för pojkar och flickor samt utifrån en socioekonomisk uppdelning. Därefter redovisas förmåns- och patientkostnader för läkemedel till barn före och efter reformen för olika läkemedelsgrupper, åldersgrupper samt för pojkar och flickor.

Slutligen presenteras resultat från en enkätundersökning som vi genomfört bland läkare som förskriver läkemedel till barn samt data från E-hälsomyndigheten som belyser receptstatus under en given period efter reformen.

Reformen om kostnadsfria läkemedel till barn

Den 1 januari 2016 ändrades lagen 2002:160 om läkemedelsförmåner mm med innebörden att läkemedel och andra förmånsberättigade varor blev kostnadsfria för en förmånsberättigad person som inte fyllt 18 år.

Huvudsyftet med denna reform är att barn inte ska behöva avstå läkemedelsbehandling av ekonomiska skäl. Bakomliggande mål är dels att tillförsäkra en god hälsa och vård på lika villkor för alla barn och dels att utjämna hälsoskillnader mellan olika grupper oavsett socioekonomisk tillhörighet (2).

Reformen har medfört att 92 procent av uttagen av receptbelagda läkemedel var kostnadsfria för målgruppen 2018, se tabell 2.

Innan reformen trädde i kraft gällde att patientens maximala kostnad, egenavgiften, för receptbelagda läkemedel och förmånsberättigade varor inom högkostnadsskyddet var 2 200 kronor under en tolv månadersperiod. Alla barn 0 till 17 år i samma hushåll hade ett gemensamt högkostnadsskydd. Detta innebar att inget hushåll behövde betala mer än 2 200 kronor för samtliga barn per år för läkemedel inom förmånen (3). Innan reformen kunde vårdnadshavare dessutom få ekonomiskt bistånd för läkemedelskostnader till barn. Det var också möjligt att delbetala apoteket i samband med uthämtande av läkemedel till barn.

I den departementspromemoria som föregick reformen anges att kostnadsfriheten ska ses i ljuset av att barn sedan flera årtionden tillbaka successivt tillförsäkrats allt fler möjligheter att få kostnadsfri alternativt subventionerad hälso- och sjukvård samt tandvård (2).

I departementspromemorian hänvisas även till FN:s konvention om barnets rättigheter. Där uttrycks att konventionsstaterna, däribland Sverige, ”erkänner barnets rätt att åtnjuta bästa uppnåeliga hälsa och rätt till sjukvård och rehabilitering”. Dessutom ska konventionsstaterna sträva efter att säkerställa att inget barn är berövat sin rätt att ha tillgång till en sådan hälso- och sjukvård.

Läkemedelsförmåner

Lagen om läkemedelsförmåner ger ett skydd mot höga kostnader vid köp av läkemedel och vissa andra varor på recept. Det är Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) som beslutar både om vilka läkemedel eller andra varor som ska ingå i läkemedelsförmåner och till vilket pris. Detta görs efter ansökningar från de företag som säljer läkemedel. I sina beslut väger TLV nyttan av ett läkemedel mot kostnaden. Patientens del av kostnaden för läkemedel och andra förmånsberättigade varor kallas för *egenavgift*, och den del som bekostas av samhället kallas *förmån*. De läkemedel som inte ingår i förmånen betalar patienten vanligtvis fullt pris för.

Tabell 2 visar det totala antalet uttag på apotek som vid uttagstillfället var inom respektive utanför förmånen.

Tabell 2. Antal och andel av läkemedelsuttag för barn 0–17 år inom och utanför förmånen över tid.

År	Inom förmånen		Utanför förmånen		Totalt	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
2006	3 548 446	93	272 250	7	3 820 696	100
2007	3 578 012	91	335 859	9	3 913 871	100
2008	3 444 620	89	437 473	11	3 882 093	100
2009	3 346 980	88	438 936	12	3 785 916	100
2010	3 435 669	88	456 479	12	3 892 148	100
2011	3 364 136	88	470 206	12	3 834 342	100
2012	3 368 738	88	462 018	12	3 830 756	100
2013	3 242 773	88	453 760	12	3 696 533	100
2014	3 345 639	87	483 551	13	3 829 190	100
2015	3 354 923	88	451 901	12	3 806 824	100
2016	3 918 229	90	412 152	10	4 330 381	100
2017	4 128 210	92	375 132	8	4 503 342	100
2018	4 367 679	92	385 136	8	4 752 815	100

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Generiskt utbyte av läkemedel

Ett läkemedel som är terapeutiskt likvärdigt med originalläkemedlet kallas generiskt läkemedel. Terapeutiskt likvärdiga läkemedel innebär att läkemedlen innehåller samma aktiva substans i samma mängd, har samma beredningsform (till exempel tablett) och har bedömts vara terapeutiskt likvärdiga i övrigt.⁶ Skillnader i exempelvis hjälpämnen, utseende och produktnamn kan förekomma. Läkemedelsverket beslutar vilka läkemedel som är utbytbara och grupperar dessa i utbytesgrupper. TLV delar sedan in läkemedlen i utbytesgrupperna i förpackningsstorleksgrupper. Varje månad utser TLV ”periodens vara” som är det läkemedel i varje förpackningsstorleksgrupp som har lägst försäljningspris per enhet och som kan tillhandahållas under hela prisperioden. Apoteken måste erbjuda detta läkemedel. Generiskt utbyte sker endast för läkemedel inom läkemedelsförmånen. Syftet med generiskt utbyte är att varken patienten eller samhället ska behöva betala mer än nödvändigt för läkemedel. Ett läkemedel ska dock inte bytas ut ifall

- den som utfärdat receptet på medicinska grunder har motsatt sig ett utbyte,
- expedierande farmaceut har motsatt sig utbyte av läkemedel om det finns anledning att anta att ett utbyte skulle innebära betydande olägenhet för patienten, eller
- patienten (eller vårdnadshavaren) själv väljer att betala mellanskillnaden mellan det försäljningspris som fastställts för det förskrivna läkemedlet och försäljningspriset för periodens vara.

⁶ https://lakemedelsboken.se/kapitel/regelverket_och_it-stod/utbyte-av-lakemedel.html

Studier om att avstå läkemedel

Reformen om kostnadsfria läkemedel till barn vilar till del på antagandet att vissa barn före 2016 inte har använt läkemedel i den utsträckning som motsvarar deras behov som en följd av att deras vårdnadshavare inte haft råd att hämta ut läkemedlet ifråga. Hur stort detta eventuella problem varit och om det varierat över tid är inte känt. Det finns några tidigare undersökningar som stödjer antagandet att personer inte hämtar ut förskrivna läkemedel av kostnadsmissiga skäl. Däremot finns det inte några befolkningsbaserade svenska undersökningar som specifikt belyser läkemedel till barn ur detta perspektiv, som genomförts före 2016.

Studier om att avstå läkemedel för andra grupper i befolkningen

En rapport från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys från 2017 visade att bland personer över 65 år var 3 procent tvungna att av ekonomiska skäl avstå från att söka vård eller att hämta ut receptbelagda läkemedel (4).

Enligt Statistiska Centralbyråns HEK-undersökning avstod 2,4 procent av befolkningen från att hämta ut läkemedel år 2000 och 3 procent 2005. Enligt resultaten från Folkhälsomyndighetens Folkhälsoenkät år 2006 avstod 6,5 procent av befolkningen från att av olika skäl hämta ut läkemedel under de tre senaste månaderna. Ekonomiska skäl angavs av respondenterna som främsta orsak till att inte hämta ut läkemedel i både HEK-undersökningarna och Folkhälsoenkäten (5).

Resultaten från båda dessa undersökningar visar också att ojämlika socioekonomiska förutsättningar påverkar i vilken utsträckning läkemedel hämtas ut, eftersom arbetslösa personer samt personer med sjukersättning eller ekonomiskt bistånd avstod från att hämta ut sina läkemedel i högre utsträckning än andra grupper (5).

Socialstyrelsens enkätundersökning till vårdnadshavare

Socialstyrelsen genomförde en enkätundersökning till vårdnadshavare under våren 2017 inom aktuellt uppdrag. I undersökningen angav en procent (sex respondenter), av samtliga vårdnadshavare med aktuellt recept på läkemedel till sitt barn (504 respondenter), att de inte haft råd att hämta ut läkemedel (1). Detta rörde då läkemedel utanför förmånen. I enkätundersökningen ställdes också en fråga till 762 vårdnadshavare som inte haft ett aktuellt recept till sitt barn de senaste tre månaderna huruvida man tidigare avstått från att hämta ut receptbelagda läkemedel till sitt barn för att man inte haft råd. Även i denna kategori respondenter var det en procent (åtta respondenter) som svarade att de inte haft råd att hämta ut läkemedel.

Uppdragets viktigaste iakttagelser

Nedan följer de viktigaste iakttagelserna som gjorts inom ramen för Socialstyrelsens uppföljning av reformen om kostnadsfria läkemedel till barn. Iakttagelserna presenteras utifrån de olika moment som läkemedelsbehandling för barn omfattar – från vårdnadshavares kontakt med vårdgivare till barns användning av läkemedel. Även reformens kostnader redovisas i kortfattad form. Avsnittet avslutas med Socialstyrelsens sammantagna bedömning av reformen.

Läkemedelsbehandling

Kontakt med vårdgivare

För att förskrivning av läkemedel till ett barn ska ske krävs initialt att vårdnadshavaren uppsöker en vårdgivare. En persons benägenhet eller förmåga att göra detta kan variera med personens sjukdomsbörda, utbildningsnivå, ekonomiska förutsättningar eller födelseland (4). För vård av barn har dock det kostnadsmässiga hindret avlägsnats. Huvudregeln är att vård för barn och ungdomar under 18 år är avgiftsfri inom öppenvård och slutenvård. Undantaget är besök på akutmottagningar.

Att komma i kontakt med och få träffa en vårdgivare ställer krav på information och tillgänglighet. I en enkätundersökning som genomförts inom uppdraget uppgav tre procent av vårdnadshavare att de avstått från att söka vård för sitt barn det senaste året. Som främsta förklaring angavs vårdens bristande tillgänglighet. Under de senaste åren har den digitala vården vuxit vilket kan vara bra för barns tillgänglighet till vården. Dock saknas systematiska uppgifter om hur många besök hos digitala vårdgivare som görs för barn för att kunna analysera denna förändring närmare.

Kännedomen om att både vård och förmånsklassade läkemedel till barn är kostnadsfria bedöms vara god bland vårdnadshavare.

De uppgifter vi har om vårdkonsumtion kommer från Stockholms läns landsting och visar att andelen barn som träffat en läkare minskade något mellan 2015 och 2018, från 72 till 69 procent. I vår nationella enkätundersökning till förskrivande läkare uppfattade däremot 15 procent av läkarna att det blivit fler läkarbesök inom öppenvården efter reformen.

Förskrivning av läkemedel

Förskrivning av läkemedel sker som en följd av mötet mellan en patient och en förskrivare, vanligtvis en läkare. Förskrivna läkemedel får endast lämnas ut från apotek mot recept eller rekvisition. Varje recept är vidare förskrivet till en viss individ. Det finns i dagsläget inte någon nationell datakälla som belyser förskrivning över tid, vi kan därför inte svara på frågan om reformen inneburit förändrade förskrivningsmönster som en följd av reformen.

I Socialstyrelsens enkätundersökning till läkare svarar drygt en tredjedel att kostnadsfriheten inneburit en ökad efterfrågan på läkemedel till barn, både

receptbelagda läkemedel samt recept på läkemedel som också kan köpas receptfritt. Nästan varannan läkare uppger också att de innan reformen träffade vårdnadshavare som menade att de inte hade råd med förmånsklassade läkemedel till sina barn. Denna uppfattning delas av de farmaceuter som intervjuats inom ramen för uppdraget. Det finns i övrigt olika uppfattningar om reformens effekter bland de läkare som besvarat enkäten. Å ena sidan finns uppfattningen att reformen möjliggjort för barn i resurs-svaga grupper att få tillgång till de läkemedel de är i behov av och att följsamheten gentemot läkarens ordination har blivit bättre. Flera menar att kostnadsfriheten skapar en mer jämlik läkemedelsbehandling och i slutänden en mer jämlik hälsa för barn från olika grupper. Härtill uppges att föräldrar slipper bli stressade över att inte kunna betala för sina barns läkemedel samtidigt som läkare inte behöver ta hänsyn till föräldrars ekonomi vid läkemedelsbehandlingen. Å andra sidan finns uppfattningen att reformen inte svarar mot ett reellt problem eftersom föräldrar redan tidigare kunnat få stöd av samhället vid betalningsoförmåga. Samtidigt anses kostnadsfriheten ha medfört ökade krav från föräldrar att få mer läkemedel än vad barnet är i behov av. Därtill uppges att mer administration tillkommit framförallt gällande en ökning av förskrivning av sådana läkemedel som också kan köpas receptfritt på apotek.

Uthämtande av läkemedel

När det väl finns ett recept förskrivet så är nästa steg uthämtandet av läkemedel. Enligt reformens förarbeten fanns skäl att anta att vissa vårdnadshavare tidigare inte hämtat ut läkemedel till sina barn av ekonomiska skäl, ett hinder som reformen avsåg att avlägsna.

Uthämtandet av läkemedel har ökat sedan reformen: det görs uttag till en något större andel barn i befolkningen och det görs fler uttag per barn. Även antalet definierade dygnsdoser som hämtas ut har ökat under denna period, för de läkemedelsuttag där dygnsdoser anges. När 2018 jämförs med 2015 kan vi konstatera att andelen barn i befolkningen som det görs minst ett läkemedelsuttag för har ökat från 39 procent till 43 procent. Antalet uttag har ökat med 22 procent under samma period när hänsyn tas till befolkningsökningen. Ökningen av antalet läkemedelsuttag efter reformen gäller både för pojkar och flickor samt för samtliga studerade åldersgrupper. Även för de flesta läkemedelsgrupper kan en ökning av antalet läkemedelsuttag noteras. Det gäller såväl läkemedel för kroniska sjukdomar som astma som för tillstånd vilka kan vara övergående, exempelvis akne. Noterbart är att antalet uttag av antibiotika har minskat under denna period.

Uttaget av vissa läkemedel har ökat påtagligt sedan reformens införande som exempelvis mjukgörande medel och läkemedel mot allergi, medan ökningen av andra läkemedel följer en mer långsiktig trend som exempelvis läkemedel mot förstoppning. Melatonin som är ett läkemedel mot sömnstörningar har ökat påfallande mycket under senare år vilket beror på ett flertal faktorer, bland annat på att det kan förskrivas utan licens från Läkemedelsverket sedan 2016. En annan förklaring är att allt fler barn och unga diagnosticeras med adhd, ett tillstånd som ofta också innebär sömnproblem. Läkemedelsverket har också tagit fram behandlingsrekommendationer för

sömnstörningar till barn där melatonin är förstahandsvalet vid farmakologisk behandling.

En ökning av läkemedelsuttag kan generellt bero på flera faktorer exempelvis införandet av nya behandlingsrekommendationer eller att sjukdomsbördan ökar i befolkningen.

Socialstyrelsens bedömer att kostnadsfriheten haft effekt för ett ökat uthämtande av förmånsklassade läkemedel till barn även om det är svårt att fastställa till vilken grad.

Läkemedelsuttag för olika socioekonomiska grupper

Utifrån intentionerna med reformen om kostnadsfria läkemedel till barn är det positivt att socioekonomiskt utsatta familjers barn ökat sin läkemedelskonsumtion. Reformen har således träffat familjer som förmodas ha ett stort behov av kostnadsfriheten. Framförallt under reformåret ökade dessutom antalet läkemedelsuttag bland barn i dessa familjer mer än bland barn i andra familjer. Således ökade antalet uttag mer bland barn i familjer med lägre disponibel inkomst än i familjer med högre inkomst. Även antalet uttag bland barn i familjer där mamman har en lägre utbildning ökade mer än i familjer där mamman har en eftergymnasial utbildning. Antalet uttag ökade också mer bland barn i familjer som beviljats ekonomiskt bistånd än i familjer utan ekonomiskt bistånd. Åren 2017 och 2018 minskade dock läkemedelsuttagen något bland barn i familjer med ekonomiskt bistånd medan antalet uttag fortsatte att öka bland övriga barn. Detta skulle kunna bero på att det var en högre andel utrikesfödda i gruppen med ekonomiskt bistånd dessa år jämfört med år 2015. Det kom många personer till Sverige under 2015 och framåt och det kan ta ett tag att söka och få ekonomiskt bistånd beviljat. Att utrikesfödda har en lägre kontakt med hälso- och sjukvården har visats i tidigare studier och det skulle kunna ha en effekt även för läkemedelskonsumtionen bland barn i denna grupp

Läkemedel som inte hämtas ut

Det finns recept som det inte görs några uttag på alls. Data från E-hälsomyndigheten för 2016 visar att för 21 procent av recepten görs inga uttag alls. Eventuell förändring över tid med anledning av reformen kan tyvärr inte visas eftersom uppgifter inte sparas längre än receptens giltighetstid och tre månader till. De främsta förklaringarna till att läkemedel inte hämtas ut är dels att barnet redan har läkemedel hemma och dels att barnets besvär har gått över. Dessa uppgifter kommer från enkätundersökningen till vårdnadshavare. Det är bland annat allergiläkemedel, astmaläkemedel och mjukgörande medel som inte hämtats ut. Uttag av läkemedel kan också påverkas av att vårdnadshavare även fortsättningsvis har svårigheter med att betala för läkemedel som inte inryms i läkemedelsförmånen.

Benägenheten att byta till periodens vara är hög

Benägenheten för den som hämtar ut läkemedel att byta till periodens vara inom systemet för generiskt utbyte är hög. För 97 procent av samtliga läkemedelsuttag som gjordes till barn 0 till 17 år inom förmånen 2018 gjordes ingen betalning av de som blev expedierade. Intervjuade farmaceuter har inte

märkt av att kostnadsfriheten påverkat systemet för generiskt utbyte på något sätt.

Användande av läkemedel

Barn använder uthämtade läkemedel i stor utsträckning. I enkätundersökningen till vårdnadshavare angav 97 procent att barnet använt det uthämtade läkemedlet. Det finns skäl att tolka detta resultat med viss försiktighet då de bygger på en webbaserad panelundersökning. Vi saknar också uppgift om användningen före reformen, men många läkare som besvarat vår enkätundersökning menar att kostnadsfriheten inneburit en bättre följsamhet av barns läkemedelsbehandling.

Kostnader

Förmånskostnaderna för regionerna förväntades öka med 410 miljoner kronor per år i och med reformen (Ds 2014:42) men har ökat mer än så.

Under reformåret 2016 var ökningen drygt 550 miljoner kronor.

Efter reformåret har ökningen av förmånskostnaderna stabiliserats.

Drygt 70 procent av den sammantagna kostnadsökningen förklaras av att egenavgifterna tagits bort. Cirka 8 procent förklaras av befolkningstillväxten i åldersgruppen. Den resterande kostnadsökningen förklaras av en ökad läkemedelskonsumtion men också av tillkomsten av nya läkemedel inom förmånen.

De tre läkemedel med störst ökning av förmånskostnader för pojkar är adhd-läkemedel följt av melatonin och astmaläkemedel. För flickor har förmånskostnaderna ökat mest för melatonin följt av adhd-läkemedel och antibiotika.

Sammantagen bedömning

Socialstyrelsens sammantagna bedömning är att reformen haft god effekt i så motto att den har träffat familjer som förmodas ha ett stort behov av kostnadsfriheten, att kännedomen om kostnadsfriheten är god bland vårdnadshavare och att uthämtade läkemedel används. Under reformåret 2016 ökade barn i socioekonomiskt utsatta familjer sin läkemedelskonsumtion mer än barn i andra familjer. Bland barn i familjer med ekonomiskt bistånd har dock antalet uttag minskat under åren 2017 och 2018.

Kostnaderna för reformen har blivit högre än förväntat.

Resultatpresentation

Läkemedelsuttag till barn under 2018

I denna första del av resultatpresentationen beskriver vi läkemedelskonsumtion bland barn år 2018 för att ge läsaren en bred bild av barns läkemedelskonsumtion generellt. Längre fram beskrivs sedan utvecklingen över tid.

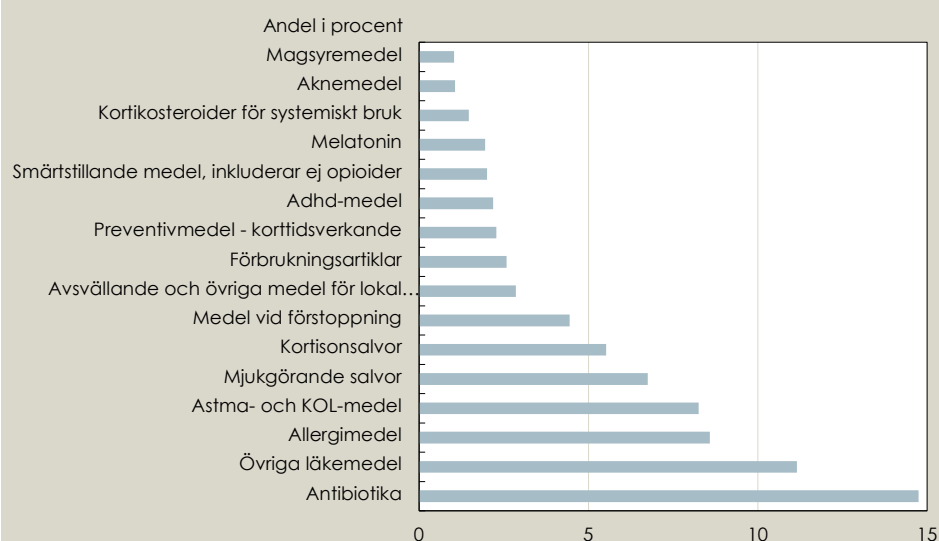
Det fanns drygt 2,1 miljoner barn i Sverige 0–17 år 2018, varav cirka 1,1 miljoner pojkar och 1 miljon flickor. Det gjordes drygt 4,3 miljoner uttag av receptbelagda läkemedel vid landets apotek till barn i denna åldersgrupp, i genomsnitt två läkemedelsuttag per barn. Det är dock mindre än hälften av barnen som det faktiskt gjordes ett uttag av receptbelagt läkemedel för under 2018. Det gjordes läkemedelsuttag till 44 procent av flickorna och till 42 procent av pojkarna under året.

Av samtliga läkemedel som hämtades ut var 92 procent inom förmånen medan 8 procent var läkemedel utanför förmånen, vilket framgick av tabell 2.

Läkemedel som hämtas ut till flest barn

I figur 1 visar vi de 16 läkemedelsgrupper där det under 2018 gjordes uttag till minst 1 procent av samtliga barn 0 till 17 år i befolkningen. Vi har valt gränsen 1 procent eftersom denna gräns när det gäller sjukdomar vanligen definierar en folksjukdom⁷. Av figuren framgår att antibiotika är det läkemedel som gavs till flest barn någon gång under året. Under 2018 fick nästan 15 procent av alla barn 0 till 17 år antibiotika. Läkemedel för behandling av astma respektive allergier hämtades ut till drygt 8 procent av barnen.

Figur 1. Andel barn 0–17 år med minst ett läkemedelsuttag per läkemedelsgrupp 2018.



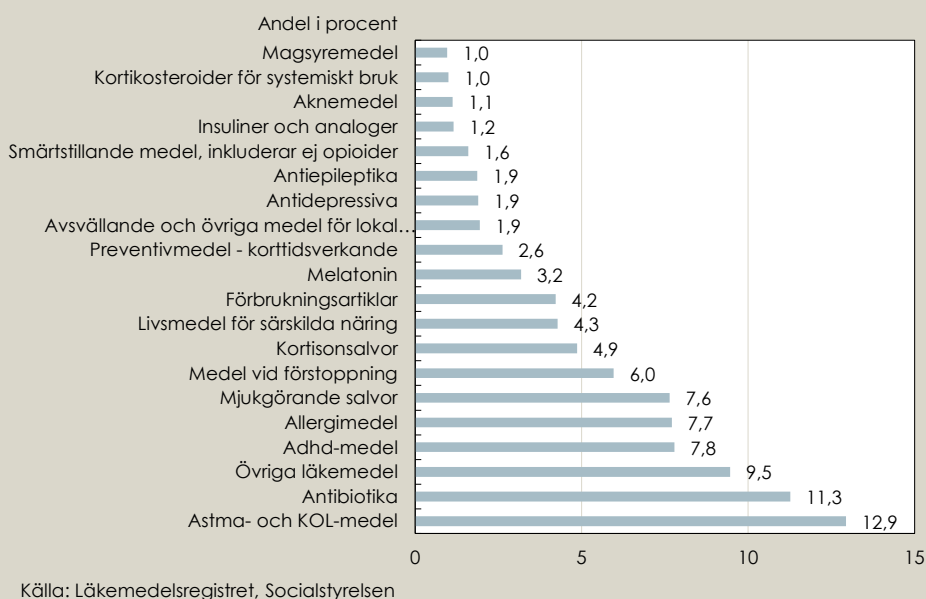
Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

⁷ Nationalencyklopedin

Läkemedel med flest uttag

Ett annat sätt att mäta läkemedelskonsumtion är som nämndes inledningsvis att beskriva det totala antalet uttag, eftersom det givetvis kan göras fler uttag till ett barn under ett års tid. De tre vanligaste läkemedlen sett till det totala antalet uttag var 2018 läkemedel mot astma följt av antibiotika respektive adhd-läkemedel (övriga läkemedel undantaget). I figur 2 framgår andelen uttag inom dessa läkemedelsgrupper samt för andra större läkemedelsgrupper i procent av det totala antalet uttag 2018. Av samtliga uttag under året gjordes över 90 procent inom de grupper som redovisas i figur 2

Figur 2. Andel uttag per läkemedelsgrupp år 2018 av samtliga uttag inom förmånen. Barn 0–17 år.



Förändring av läkemedelskonsumtionen bland barn 2006 till 2018

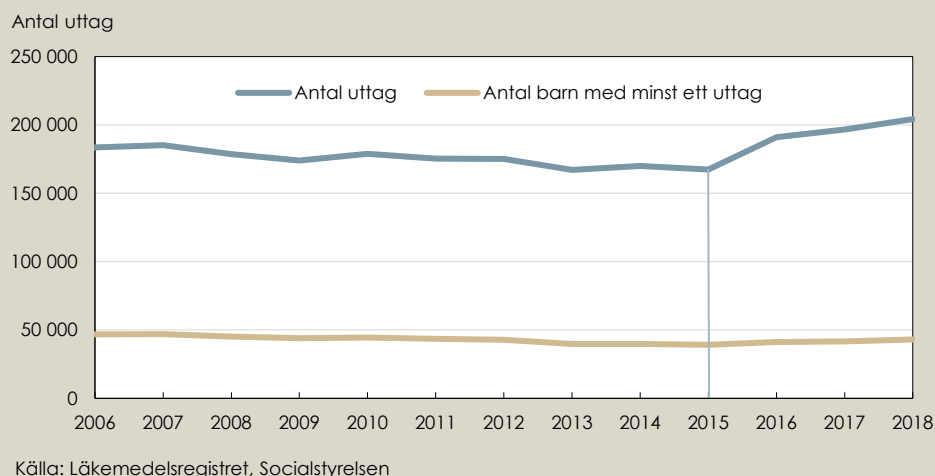
Hitintills har vi beskrivit barns läkemedelskonsumtion 2018. I det följande ska vi beskriva utvecklingen över tid för de mått som vi valt.

Under perioden 2006–2018 var andelen barn med minst ett uttag av ett receptbelagt läkemedel inom förmånen som högst år 2006. Då gjordes uttag för 47 procent av samtliga barn i åldersgruppen. Denna andel gick sedan kontinuerligt ned fram till 2015 då andelen var 39 procent. Från 2016 har andelen ökat något igen och 2018 gjordes minst ett uttag inom förmånen till 43 procent av samtliga barn i Sverige. Andelen barn i befolkningen med minst ett uttag av läkemedel inom förmånen har således varit relativt konstant över tid.

Sedan reformen och fram till år 2018 har antal uttag ökat med 22 procent efter det att vi justerat för befolkningsökningen (tabell 3). Detta är en historiskt stor ökning. Som en jämförelse kan nämnas att uttagen minskade med 4 procent mellan 2012 och 2015. Figur 3 visar utvecklingen över tid, dels för

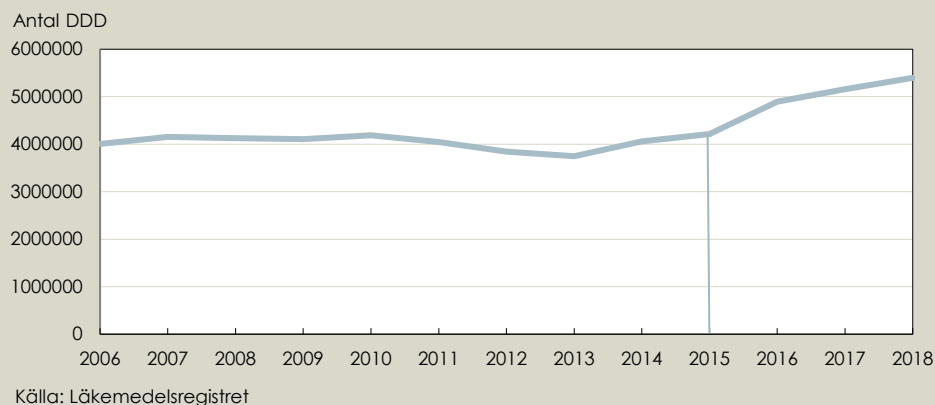
antalet barn med minst ett uttag och dels för antalet uttag. Den vertikala linjen i figuren markerar början av 2016 när reformen om kostnadsfria läkemedel till barn trädde i kraft. Som figur 3 visar var ökningen av uttagen som högst under reformåret för att sedan plana ut något. Figuren visar också att antalet uttag fluktuerat från 2006 och framåt. Perioden 2016–2018 utmärks av det är första gången uttagen ökar tre år i rad sedan läkemedelsregistrets tillkomst.

Figur 3. Samtliga läkemedel till barn 0–17 år. Antal barn med minst ett årligt uttag samt uttag totalt. Per 100 000 barn.



Antal DDD har ökat med 28 procent mellan 2015 och 2018 under efter justering av befolkningsökningen (melatonin undantaget). Figur 4 visar utvecklingen över tid. Det är viktigt att återigen påminna om att DDD inte finns för alla typer av läkemedel och att figur 4 endast baseras på uttag där DDD finns registrerat vid uttagstillfället. Att både antalet uttag och antalet DDD ökar visar sammantaget på en ökad läkemedelskonsumtion bland barn 0 till 17 år. Det är inte bara så att vårdnadshavare oftare besöker apotek för att hämta ut läkemedel. Mängden läkemedel som hämtas ut, definierat som antal uthämtade DDD, ökar också på årsbasis sett till samtliga läkemedel med DDD.

Figur 4. Samtliga läkemedel till barn 0–17 år där DDD anges. Antal DDD per 100 000 barn.



Som figur 4 visar var även ökningen av uthämtade DDD som högst under reformåret för att sedan plana ut något. Figuren visar också att antalet DDD fluktuerat från 2006 och framåt.

I tabell 3 redovisas utvecklingen för varje år under perioden 2006 till 2018 för samtliga läkemedel utifrån måtten *barn med minst ett uttag* och *antal uttag*. I tabellen framgår även den procentuella förändringen från föregående år. Årlig förändring av uttag för olika läkemedelsgrupper finns i tabell 17, i bilaga 2.

I tabell 4 redovisas utvecklingen för alla läkemedelsuttag där DDD finns angivet vid uttaget under perioden 2006 till 2018, med undantag för melatonin. I tabellen redovisas måtten: *barn med minst ett uttag*, *antal uttag* samt *antal uthämtade DDD*. I tabellen framgår även den procentuella förändringen från föregående år.

Tabell 3. Utveckling över tid för alla läkemedel, barn 0–17 år

Barn med minst ett uttag och antal uttag. Siffror redovisas per 100 000 barn. Årlig procentuell förändring inom parentes.

År	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2015 vs 2018
Andel barn med minst ett uttag	46 945 (0 %)	45 113 (-4 %)	43 927 (-3 %)	44 525 (1 %)	43 500 (-2 %)	42 723 (-2 %)	39 891 (-7 %)	39 752 (0 %)	39 177 (-1 %)	41 090 (5 %)	41 689 (1 %)	43 014 (3 %)	4 %
Antal uttag	185 122 (1 %)	178 640 (-4 %)	174 053 (-3 %)	178 932 (3 %)	175 293 (-2 %)	175 121 (0 %)	167 127 (-5 %)	169 926 (2 %)	167 313 (-2 %)	191 064 (14 %)	196 675 (3 %)	204 241 (4 %)	22 %

Tabell 4. Utveckling över tid för alla läkemedel där DDD finns angivet vid uttaget (melatonin undantaget), barn 0–17 år

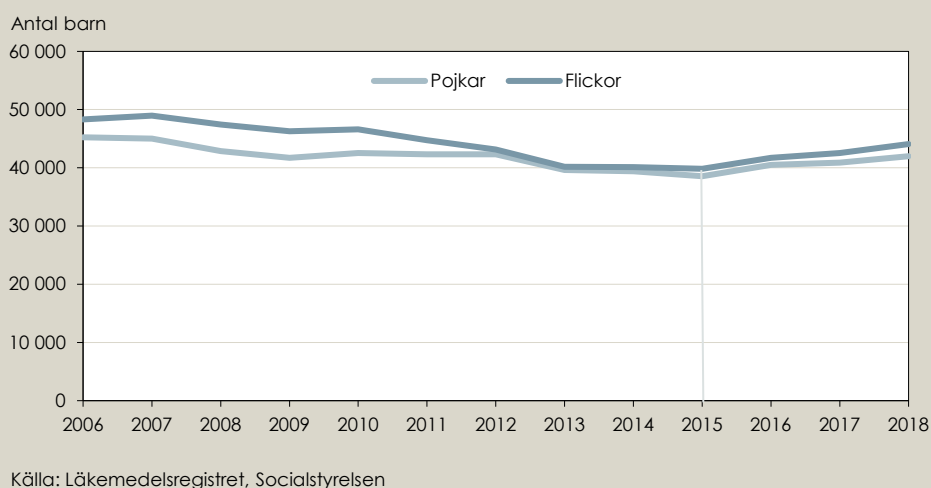
Barn med minst ett uttag, antal uttag samt antal uthämtade DDD. Siffror redovisas per 100 000 barn. Årlig procentuell förändring inom parentes.

År	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2015 vs 2018
Antal barn med minst ett uttag	40 030 (2 %)	38 842 (-3 %)	37 556 (-3 %)	38 105 (1 %)	37 352 (-2 %)	36 504 (-2 %)	33 392 (-9 %)	33 130 (-1 %)	32 805 (-1 %)	34 105 (4 %)	33 932 (-1 %)	34 762 (2 %)	6 %
Antal uttag	118 514 (3 %)	117 169 (-1 %)	114 522 (-2 %)	118 662 (4 %)	116 736 (-2 %)	115 419 (-1 %)	107 352 (-7 %)	110 619 (3 %)	111 123 (0 %)	122 624 (10 %)	123 673 (1 %)	127 242 (3 %)	15 %
Antal DDD	4 156 493 (4 %)	4 127 095 (-1 %)	4 103 947 (-1 %)	4 188 414 (2 %)	4 046 680 (-3 %)	3 845 338 (-5 %)	3 747 239 (-3 %)	4 059 965 (8 %)	4 215 833 (4 %)	4 893 654 (16 %)	5 158 492 (5 %)	5 397 230 (5 %)	28 %

Pojkar och flickor

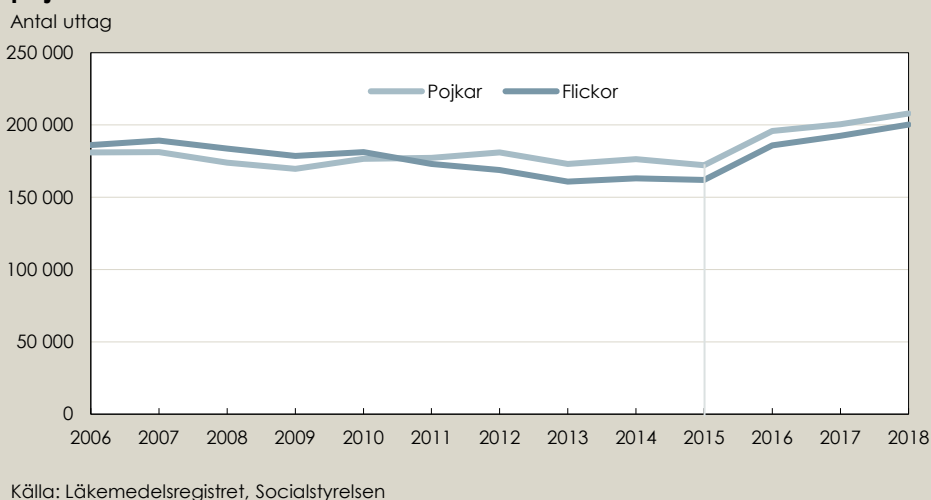
I detta avsnitt redovisar vi läkemedelskonsumtion för pojkar och flickor under perioden 2006–2018. Av figur 5 framgår att det under hela undersökningsperioden varit en större andel flickor än pojkar som fått läkemedel. År 2018 gjordes det minst ett uttag till 44 procent av samtliga flickor i befolkningen och till 42 procent av samtliga pojkar i befolkningen.

Figur 5. Samtliga läkemedel till barn 0–17 år. Antal barn med minst ett uttag per 100 000 pojkar och flickor.



Vårt andra mått, antal uttag på apotek totalt, visar att det görs fler uttag till pojkar än flickor i befolkningen. Detta gäller sedan 2011. Innan dess var förhållandet det omvända. Från 2016 har utvecklingen av läkemedelsuttag varit snarlik för bägge könen vilket figur 6 visar.

Figur 6. Samtliga läkemedel till barn 0–17 år. Antal uttag per 100 000 pojkar och flickor.



Tabell 5 visar genomsnittet för antal uttag per pojke och flicka av samtliga i barn 0 till 17 år i befolkningen från 2015 till 2018. Av tabellen framgår det, som konstaterats tidigare, att det i genomsnitt görs fler enskilda uttag per pojkar än per flicka.

Tabell 5. Genomsnittligt antal uttag för samtliga pojkar och flickor i befolkningen 0–17 år.

	Kön	2015	2016	2017	2018
Antal uttag per person	Pojkar och flickor	1,7	1,9	2,0	2,0
	Pojkar	1,7	2,0	2,0	2,1
	Flickor	1,6	1,9	1,9	2,0

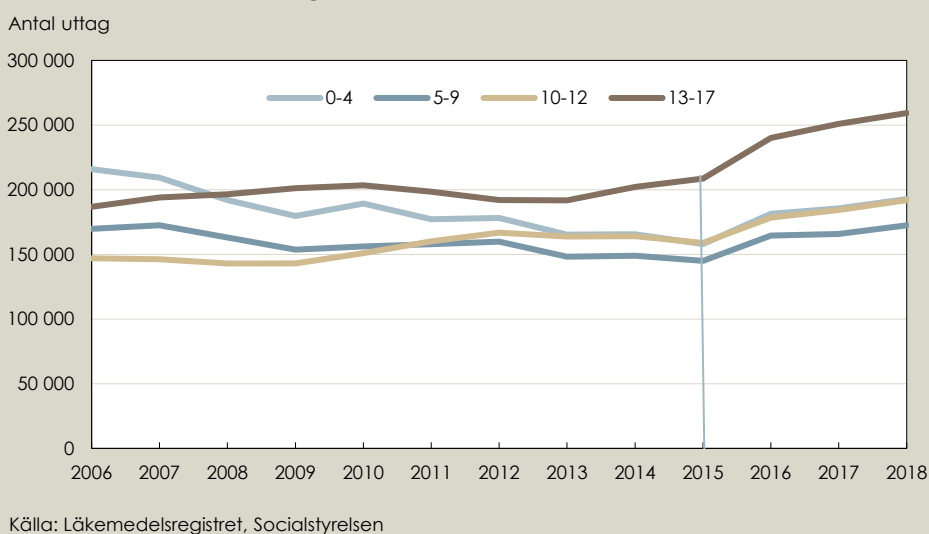
Åldersgrupperat

Med två figurer visar vi utvecklingen av antal uttag för olika åldersgrupper i befolkningen. Åldersgrupperna vi valt är; 0–4 år, 5–9 år, 10–12 år samt 13–17 år.

Figur 7 visar att tonåringar har betydligt högre läkemedelskonsumtion än övriga åldersgrupper. Antal uttag har varierat historiskt för samtliga åldersgrupper men har sedan 2016 ökat för samtliga åldrar.

För samtliga åldersgrupper gäller att ökningen är som störst under reformåret 2016 för att sedan plana ut något.

Figur 7. Samtliga läkemedel till barn 0–17 år. Antal uttag per 100 000 barn fördelat på åldersgrupper.



Olika läkemedelsgrupper

Den sammantagna bilden när 2015 jämförs med 2018 är att läkemedelskonsumtionen bland barn har ökat påtagligt även när hänsyn tas till befolkningsökningen: det görs uttag till en något större andel barn men framförallt görs det fler uttag. Utvecklingen gäller både för pojkar och flickor samt för samtliga åldersgrupper.

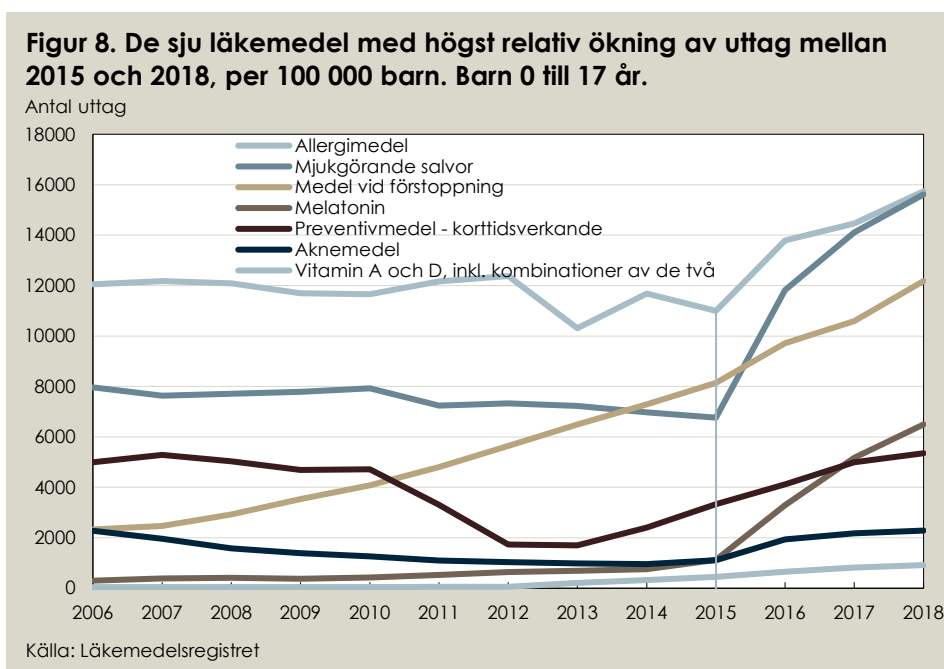
Det är endast för 3 av våra 27 större läkemedelsgrupper – det vill säga de grupper som 2018 hade fler än 500 uttag – där det görs färre uttag 2018 än 2015. Det gäller bland annat antibiotika där antalet uttag minskade med 6

procent under denna period. (I tabell 19, bilaga 2, redovisas utvecklingen för samtliga läkemedelsgrupper).

Som nämnts tidigare i rapporten var syftet med reformen att läkemedelskonsumtionen skulle öka. Det finns dock inte uttalat i reformens förarbeten hur stor denna ökning förväntades bli eller vilka läkemedel som skulle komma att öka. Som också nämnts tidigare – under rubriken *Begränsningar* – kan vi inte med registerdata visa om barn förskrivs fler läkemedel än tidigare eller om det är benägenheten att hämta ut läkemedel som har ökat hos deras vårdnadshavare. Detta gör det svårt att värdera den ökade läkemedelskonsumtionen bland barn. I det följande ämnar vi dock visa några specifika läkemedelsgrupper och resonera kring utvecklingen i förhållande till kostnadsfriheten.

Figur 8 visar den långsiktiga trenden för de sju läkemedelsgrupper där den relativa ökningen av antal uttag mellan 2015 och 2018 är störst. Sex av dessa grupper återfinns bland de läkemedelsgrupper med uttag på minst 1 procent i befolkningen år 2018 som redovisats i figur 2. Undantaget är vitamin A och D där det görs uttag till mindre än 1 procent av barnen men där uttagen sammantaget ökat med över 100 procent mellan 2015 och 2018.

Som figur 8 visar ökar uttaget påtagligt just från 2016 för några av läkemedelsgrupperna som exempelvis allergimedel och mjukgörande salvor. För andra läkemedel följer ökningen de senaste tre åren en mer långsiktig trend, exempelvis medel vid förstoppning samt korttidsverkande preventivmedel.



I det följande visar vi mer detaljerat utvecklingen för tre läkemedelsgrupper där andelen barn i befolkningen som det görs minst ett årligt uttag till är över en procent, samtidigt som det skett en stor relativ ökning av uttag mellan 2015 och 2018. Dessa läkemedelsgrupper är:

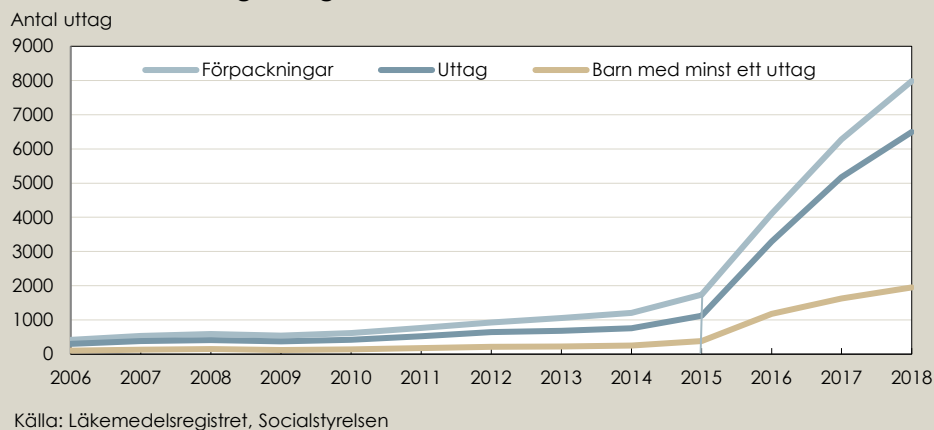
- melatonin
- mjukgörande salvor
- medel vid förstoppning

Melatonin

Sömnhormonet melatonin är ett kroppseget hormon som utsöndras från talldkörteln och som reglerar dygnsrytmen. Förskrivning av melatonin sker mestadels för behandling av sömnstörningar.

Andel barn i befolkningen med minst ett uttag av melatonin har under perioden 2015–2018 ökat från 0,4 till 2 procentenheter. Melatonin är det läkemedel med störst relativ utveckling inom förmånen för både pojkar och flickor sedan 2015. Mellan 2015 och 2018 har antalet uthämtade förpackningar ökat med 358 procent och antalet uttag med 477 procent. Före 2015 finns osäkerheter kring DDD-måttet för melatonin varför detta mått inte redovisas.

Figur 9. Melatonin 2006-2018. Antal förpackningar, uttag och barn med minst ett årligt uttag. Barn 0–17 år. Per 100 000 barn.



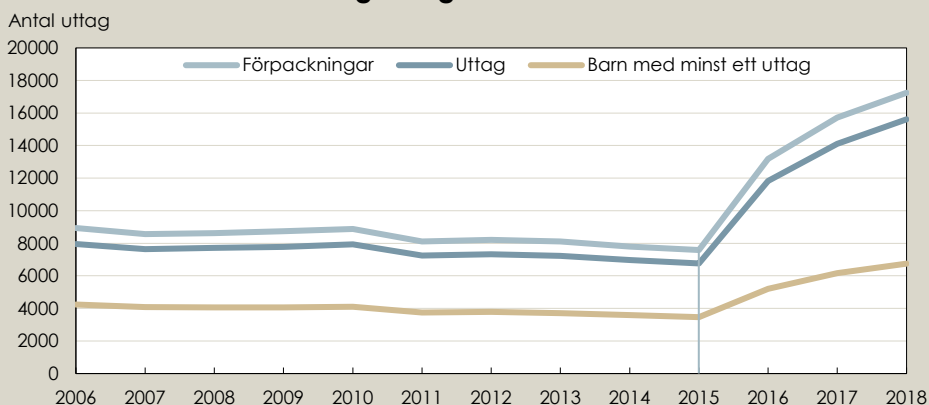
Det finns flera kända förklaringar till en ökad användning av melatonin. En förklaring är att det sedan 2016 är möjligt för forskrivare att förskriva melatonin utan licens från Läkemedelsverket. En annan förklaring är att allt fler barn och unga diagnosticeras med adhd, ett tillstånd som ofta också innebär sömnproblem. Redan i december 2015 kom melatonin att ingå i högstkostnadsnyddet. Samma år publicerade Läkemedelsverket också behandlingsrekommendationer för sömnstörningar till barn där melatonin är förstahandsvalet vid farmakologisk behandling (6). Att melatonin för barn och unga är kostnadsfritt sedan 2016 kan också vara en delförklaring till utvecklingen.

Läkemedelsverket har kartlagt användningen av melatonin hos barn och ungdomar och konstaterar att ”den observerade ökningen av befintliga och nya användare bland barn som använder melatonin kan behöva uppmärksammas av forskrivarna i strävan efter en så ändamålsenlig behandling som möjligt eftersom icke farmakologisk behandling är förstahandlings enligt befintlig kunskapsdokumentation från Läkemedelsverket” (7).

Mjukgörande medel

Mjukgörande medel förskrivs till barn med olika typer av hudsjukdomar, framförallt eksem, för att minska torrhet och förebygga eksemutbrott. Andel barn i befolkningen för vilka det gjorts minst ett uttag av mjukgörande medel var 3,5 procent år 2015 och 6,8 procent år 2018, nästan en dubbling av andel barn. För mjukgörande salvor finns inte definierade dygnsdoser vilket nämnades i inledningen. Antal uthämtade förpackningar med mjukgörande salvor har däremot ökat med 127 procent och antal uttag med 107 procent under samma tid. Figur 10 visar utvecklingen från 2006 och framåt.

Figur 10. Mjukgörande salvor 2006–2018. Antal förpackningar, uttag och barn med minst ett årligt uttag. Barn 0–17 år. Per 100 000 barn.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Tittar vi historiskt så kan en nedgång noteras för uttag av mjukgörande medel från 2011 till 2015. Efter reformen har trenden varit den motsatta.

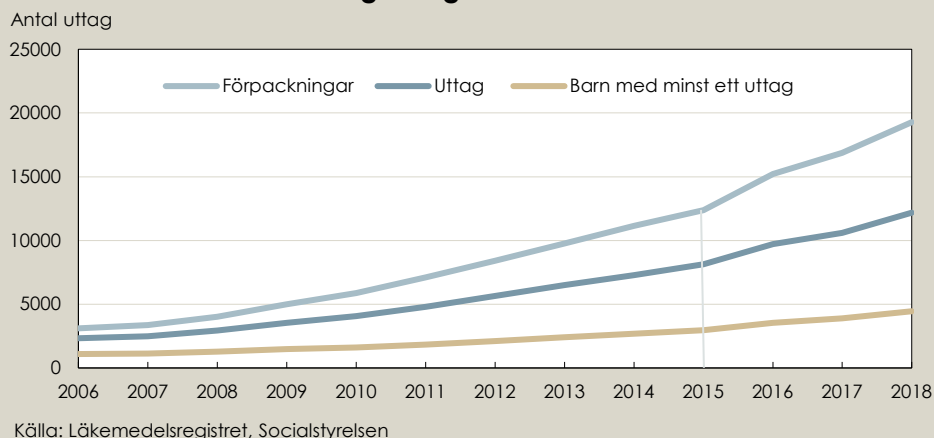
Några av regionernas läkemedelskommittéer har uppmärksammat att förskrivningen av mjukgörande medel har ökat och gått ut med information om förhållningssätt till förskrivare. Dessa är av karaktären att förskriven mängd av mjukgörande medel ska stå i proportion till uppskattat behov hos det enskilda barnet. En region påpekar att när det inte föreligger sjukdom utan endast torr hud ska vårdnadshavaren stå för kostnaden.⁸ I en region anger ansvariga att ökningen av mjukgörande medel antyder att förskrivningen sker på bredare indikationer än de rekommenderade.

Medel vid förstoppning

Andel barn i befolkningen med minst ett uttag av läkemedel mot förstoppning var 3 procent år 2015 och 4,4 procent år 2018. Mellan 2015 och 2018 ökade antalet uttag med 50 procent.

⁸ <https://regionvasterbotten.se/VLL/Filer/Mediacin%202019-4.pdf>

Figur 11. Medel vid förstoppning 2006–2018. Antal förpackningar, uttag och barn med minst ett årligt uttag. Barn 0–17 år. Per 100 000 barn.



Utvecklingen förefaller inte ha påverkats av reformen om kostnadsfrihet utan följer en mer långtgående trend.

Förändringar av läkemedelskonsumtion utifrån socioekonomisk gruppering

I regeringsuppdraget anges att Socialstyrelsen ska göra en uppdelning av data utifrån socioekonomi. Med hjälp av inkomstdata från SCB, uppgifter om utbildning från utbildningsregistret samt uppgifter om förekomst av ekonomiskt bistånd har vi studerat utvecklingen av läkemedelsuttag för olika socioekonomiska grupper. Vi har valt att studera ekonomisk utsatthet med två mått: *disponibel inkomst* samt *förekomst av ekonomiskt bistånd*.

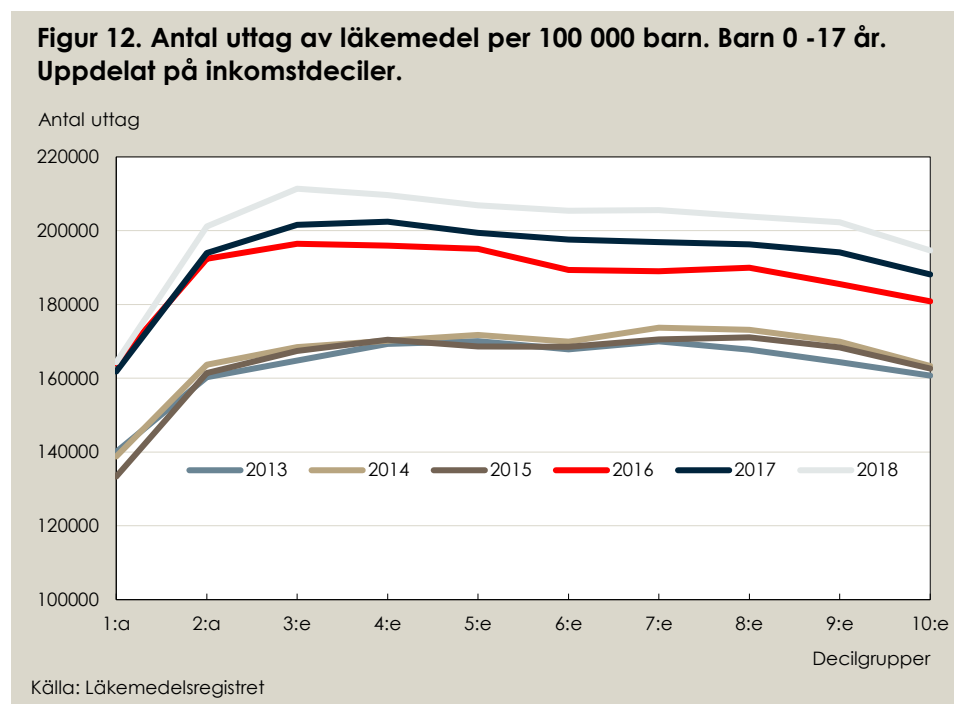
Utöver dessa mått studerar vi också barns läkemedelsuttag över tid kopplat till moderns högsta avslutade utbildning.⁹ För att jämförelser mellan socioekonomiska gruppernas läkemedelskonsumtion ska vara meningsfull krävs att vi har en uppfattning om sjukdomsördan bland barn i befolkningen. Det finns belagt att sjukdomsördan är större i socioekonomiskt utsatta grupper relativt andra grupper (8, 9).

Ekonomisk standard

Vi börjar med att jämföra utvecklingen av läkemedelsuttag utifrån familjers disponibla inkomst. Den disponibla inkomsten omfattar alla inkomster efter skatt och alla transfereringar, såsom barnbidrag eller sjukpenning (se bilaga 3 för en teknisk beskrivning). Varje inkomstdecil omfattar 10 procent av hushållen i Sverige. Till den första decilen hör den tiondel som har de lägsta inkomsterna och till den sista decilen den tiondel som har de högsta inkomsterna. Notera att i de två lägsta inkomstdecilerna finns hushåll som har andra typer av inkomster än förvärvsinkomster och att hushållen kan ha stora förmögenheter (10). Den första och andra decilgruppen i figuren måste förstås med detta i beaktande. Beakta också att axelvärde börjar vid 100 000 uttag.

⁹ Utbildningsregistret innehåller både mödrars och fäders utbildningsnivå, men i analyserna används bara mödrarnas utbildningsnivå eftersom uppgiften oftare saknas för fäder.

Figur 12 visar att barn i samtliga inkomstgrupper ökade sitt uttag under reformåret och att denna ökning fortsatt nästkommande år, fast i lägre takt. Figuren visar också att barn i familjer med lägre inkomst ökat sitt uttag mer än barn i andra familjer. Figuren visar också att det i och med reformen blivit ett starkare samband mellan inkomst och uttag i så motto att det görs fler läkemedelsuttag ju lägre inkomsterna är. Jämför vi utvecklingen mellan 2015 och 2018 har uttagen ökat mest för decilgrupp 3 (26 procent) och minst för decilgrupp 8 (19 procent). Detta framgår av tabell 8 där även den årliga procentuella förändringen framgår från föregående år.



Tabell 6. Antal uttag per 100 000 barn samt procentuell förändring mot närmast föregående år, alla läkemedel till barn 0 till 17 år under perioden 2013–2018

Indelning i inkomstdeciler, uttag avrundade till 1000-tal.

	Grupp	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2015 vs 2018 (%)
Flickor och pojkar	1:a	140 000 (-4 %)	139 000 (-1 %)	133 000 (-4 %)	164 000 (23 %)	161 831 (-1 %)	164 000 (2 %)	(23 %)
	2:a	160 000 (-4 %)	164 000 (2 %)	161 000 (-1 %)	192 000 (19 %)	194 000 (1 %)	201 000 (4 %)	(25 %)
	3:e	165 000 (-5 %)	168 000 (2 %)	167 000 (-1 %)	196 000 (17 %)	202 000 (3 %)	211 000 (5 %)	(26 %)
	4:e	169 000 (-4 %)	170 000 (1 %)	170 000 (0 %)	196 000 (15 %)	202 000 (3 %)	210 000 (4 %)	(23 %)
	5:e	170 000 (-4 %)	172 000 (1 %)	169 000 (-2 %)	195 000 (16 %)	199 000 (2 %)	207 000 (4 %)	(23 %)
	6:e	168 000 (-4 %)	170 000 (1 %)	169 000 (-1 %)	189 000 (12 %)	198 000 (4 %)	205 000 (4 %)	(22 %)
	7:e	170 000 (-4 %)	174 000 (2 %)	170 000 (-2 %)	189 000 (11 %)	197 000 (4 %)	206 000 (4 %)	(21 %)

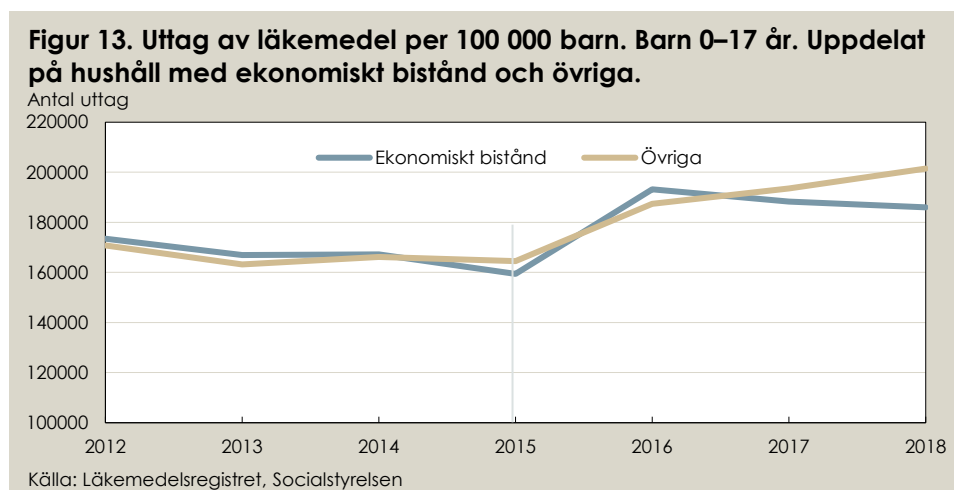
8:e	168 000 (-5 %)	173 000 (3 %)	171 000 (-1 %)	190 000 (11 %)	196 000 (3 %)	204 000 (4 %)	(19 %)
9:e	164 000 (-4 %)	170 000 (3 %)	168 000 (-1 %)	186 000 (10 %)	194 000 (5 %)	202 000 (4 %)	(20 %)
10:e	160 708 (-5 %)	163 305 (2 %)	162 617 (0 %)	180 822 (11 %)	188 105 (4 %)	194 673 (3 %)	194 673 (20 %)

Ekonomiskt bistånd

I detta avsnitt jämför vi utvecklingen av läkemedelsuttag för barn i familjer som beviljats ekonomiskt bistånd av socialtjänsten någon gång under året, med barn i familjer utan ekonomiskt bistånd (övriga). Ungefär 6 procent av barnen med minst ett läkemedelsuttag per år lever i familjer med ekonomiskt bistånd. Familjer med ekonomiskt bistånd också kan antas vara ännu mer ekonomiskt utsatt. Andelen barn med minst ett läkemedelsuttag i familjer med ekonomiskt bistånd ökade mellan 2015 och 2018 från 38 procent till 40 procent.

Figur 13 visar att antalet läkemedelsuttag till barn i familjer som mottar ekonomiskt bistånd inte skiljer nämnvärt från övriga familjer vilket kan bero på att vårdnadshavare tidigare kunde få ekonomiskt bistånd för barns läkemedelskostnader. Under reformåret 2016 ökar antalet uttag bland barn i familjer med ekonomiskt bistånd i högre utsträckning än bland barn i övriga hushåll. Från 2017 och framåt framträder ett annat mönster, där läkemedelsuttaget faktiskt minskar bland barn i hushåll med ekonomiskt bistånd medan ökningen av läkemedelsuttag fortsätter bland barn i övriga familjer. Jämför vi 2015 års uttag med 2018 har ökningen bland barn i hushåll med ekonomiskt bistånd varit lägre (17 procent) i jämförelse med familjer utan bistånd (22 procent). Detta framgår av tabell 7. Detta skulle kunna bero på att det var en högre andel utrikesfödda i gruppen med ekonomiskt bistånd åren 2017 och 2018 jämfört med år 2015. Det kom många personer till Sverige under 2015 och framåt och det kan ta ett tag att söka och få ekonomiskt bistånd beviljat. Att utrikesfödda har en lägre kontakt med hälso- och sjukvården har visats i tidigare studier och det skulle kunna ha en effekt även för läkemedelskonsumtionen bland barn i denna grupp (10).

2018 gjordes i genomsnitt 1,9 uttag till barn i familjer med ekonomiskt bistånd och 2 uttag till barn i övriga familjer.



Det finns inte några större skillnader i utvecklingen av läkemedelsuttag mellan pojkar och flickor inom respektive hushållstyp. Skillnaderna är snarare mellan hushållstyp än mellan kön. Läkemedelsuttag till flickor i familjer utan ekonomiskt bistånd har ökat mest (24 procent) medan läkemedelsuttag till pojkar i familjer med ekonomiskt bistånd ökat minst (15 procent) när 2015 och 2018 jämförs.

Tabell 7. Antal uttag per 100 000 barn samt procentuell förändring mot närmast föregående år, alla läkemedel till barn 0 till 17 år under perioden 2013–2018

Indelning i två grupper: barn som lever i familjer med ekonomiskt bistånd och barn som lever i familjer utan ekonomiskt bistånd. Uttag avrundade till 1000-tal.

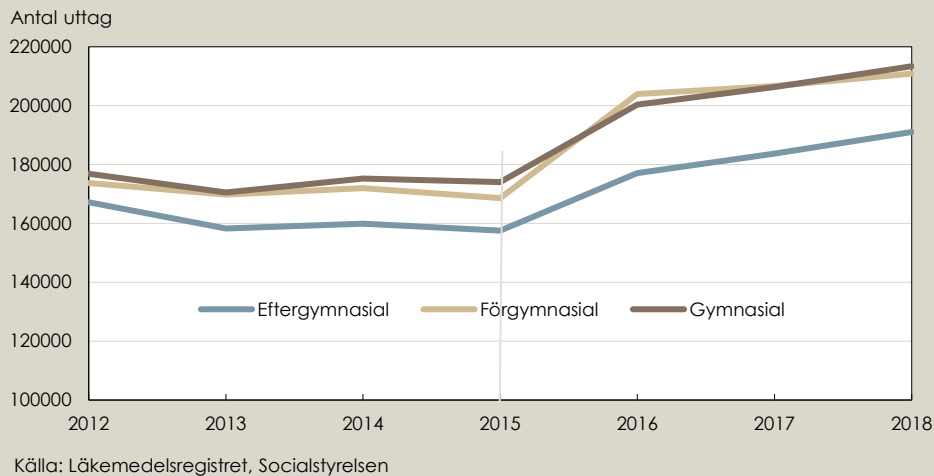
Kön	Hushållstyp	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2015 vs 2018 (%)
Flickor och pojkar	Ek. bistånd	167 000 (-4 %)	167 000 (0 %)	159 000 (-5 %)	193 000 (21 %)	188 000 (-3 %)	186 000 (-1 %)	17 %
	Övriga	163 000 (-4 %)	166 000 (2 %)	165 000 (-1 %)	187 000 (14 %)	194 000 (3 %)	201 000 (4 %)	22 %
Flickor	Ek. bistånd	159 000 (-2 %)	159 000 (0 %)	154 000 (-3 %)	187 000 (21 %)	181 000 (-3 %)	182 000 (0 %)	18 %
	Övriga	157 000 (-5 %)	160 000 (2 %)	160 000 (0 %)	183 000 (14 %)	190 000 (4 %)	198 000 (4 %)	24 %
Pojkar	Ek. bistånd	174 000 (-5 %)	175 000 (0 %)	165 000 (-6 %)	199 000 (21 %)	195 000 (-2 %)	190 000 (-3 %)	15 %
	Övriga	169 000 (-4 %)	172 000 (2 %)	169 000 (-2 %)	192 000 (14 %)	197 000 (3 %)	205 000 (4 %)	21 %

Källa: Läkemedelsregistret, registret över ekonomiskt bistånd, Socialstyrelsen

Moderns utbildningsnivå

I detta avsnitt redovisar vi läkemedelsuttag över tid utifrån moderns högsta avslutade utbildning. De tre utbildningsnivåer vi använder är: förgymnasial-, gymnasial- samt eftergymnasial utbildning. Figur 14 visar att uttagsfrekvenserna varit snarlika mellan de olika grupperna åren 2014 och 2015. Under reformåret 2016 var det en större ökning för barn i familjer där mamman endast har förgymnasial utbildning jämfört med familjer där mamman har en högre utbildning. År 2017 och 2018 ökade istället uttagen mer för barn i familjer där mamman har gymnasial- eller eftergymnasial utbildning. År 2018 gjordes i genomsnitt 2,1 uttag till barn i familjer där mamman har förgymnasial- eller gymnasial utbildning och 1,9 uttag till barn i familjer där mamman har eftergymnasial utbildning.

Figur 14. Antal uttag per 100 000 barn. Barn 0–17 år. Uppdelat på moderns högsta avslutade utbildning.



Jämför vi 2015 års uttag med 2018 så har ökningen för hushåll där modern endast har förgymnasial utbildning varit något högre (25 procent) i jämförelse med gymnasial utbildning (23 procent) samt eftergymnasial utbildning (21 procent). Detta framgår av tabell 8, där även den årliga procentuella förändringen redovisas från 2013 och framåt.

Tabell 8. Antal uttag per 100 000 barn samt procentuell förändring mot närmast föregående år, alla läkemedel till barn 0–17 år under perioden 2013–2018

Indelning i tre grupper: utifrån mammas högst avslutade utbildning, förgymnasial, gymnasial eller eftergymnasial utbildning. Uttag avrundade till 1000-tal.

Kön	Mammas utbildningsnivå	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2015 vs 2018 (%)
Flickor och pojkar	Förgymnasial	170 000 (-2 %)	172 000 (1 %)	169 000 (-2 %)	204 000 (21 %)	207 000 (1 %)	211 000 (2 %)	25 %
	Gymnasial	170 000 (-4 %)	175 000 (3 %)	174 000 (-1 %)	200 000 (15 %)	206 000 (3 %)	213 000 (3 %)	23 %
	Eftergymnasial	158 000 (-5 %)	160 000 (1 %)	158 000 (-2 %)	177 000 (12 %)	184 000 (4 %)	191 000 (4 %)	21 %
Flickor	Förgymnasial	159 710 (-2 %)	161 127 (1 %)	159 815 (-1 %)	195 441 (22 %)	198 000 (2 %)	202 000 (2 %)	27 %
	Gymnasial	165 000 (-4 %)	170 000 (3 %)	170 000 (0 %)	197 000 (16 %)	204 000 (4 %)	213 000 (4 %)	25 %
	Eftergymnasial	153 000 (-5 %)	153 000 (0 %)	152 000 (-1 %)	171 000 (12 %)	179 000 (5 %)	188 000 (5 %)	24 %
Pojkar	Förgymnasial	179 000 (-2 %)	182 000 (2 %)	177 000 (-3 %)	212 000 (20 %)	214 000 (1 %)	219 000 (2 %)	24 %
	Gymnasial	176 000 (-3 %)	180 000 (3 %)	178 000 (-1 %)	204 000 (14 %)	208 000 (2 %)	214 000 (3 %)	20 %
	Eftergymnasial	163 000 (-5 %)	166 000 (2 %)	162 000 (-2 %)	183 000 (12 %)	188 000 (3 %)	194 000 (3 %)	19 %

Källa: Utbildningsregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Förändring av kostnader för läkemedel före och efter reformen

Kostnaderna för läkemedel betalas delvis av patienterna och delvis av regionerna. Regionernas kostnader består av förmånskostnaden. För denna kostnad får regionerna ett särskilt bidrag från staten.

Patientens kostnader bestod före reformen av egenavgift, merkostnad samt kostnad för särskilda näringsändamål för barn under 16 år¹⁰. Med reformen togs egenavgiften bort för patienter och kostnaden fördes i och med detta över till regionernas förmånskostnad.

Merkostnaden är den kostnad som tillkommer när patienten avstår från periodens vara och istället själv väljer ett annat läkemedel som nämndes i inledningskapitlet. Patienten betalar då skillnaden mellan periodens vara och det valda läkemedlet. Detta påverkades inte av reformen.

Historiskt har egenavgiften totalt sett kostat patienterna cirka 380 miljoner kronor per år. I promemorian Ds 2014:42 beräknades att reformen skulle kosta regionerna cirka 410 miljoner kronor extra per år. Reformen har därmed kostat 140 miljoner mer än förväntat första året eftersom förmånskostnaderna ökade med drygt 550 miljoner kronor 2016 (tabell 9). Efter reformåret har ökningen av förmånskostnaderna stabiliserats. Mellan 2016 och 2017 ökade förmånskostnaderna med närmare 180 miljoner kronor och mellan 2017 och 2018 var ökningen närmare 80 miljoner kronor.

Den största delen av den totala kostnadsökningen, cirka 70 procent, förklaras av förflyttningen av kostnadsansvaret från patienter till regioner (vilket motsvarar den tidigare egenavgiften). Befolkningstillväxten förklarar 8 procent av kostnadsökningen.

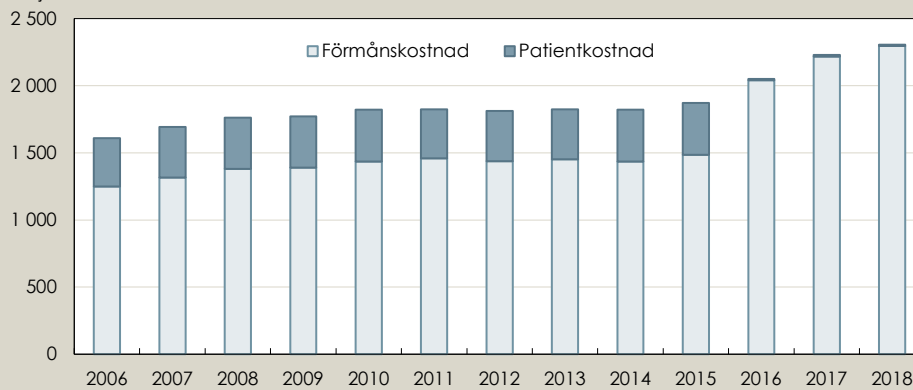
Den resterande kostnadsökningen förklaras av tillkomsten av nya läkemedel inom förmånen men framförallt av en ökad läkemedelskonsumtion.

Figur 15 visar utvecklingen av absoluta förmånskostnader och patientkostnader över tid. Med patientkostnad avses de kostnader som patienter har betalat; egenavgift (före reformen), merkostnad samt kostnad för särskilda näringsändamål för barn under 16 år.

¹⁰ Den som är under 16 år har rätt till reduktion av sina kostnader för inköp av sådana livsmedel för särskilda näringsändamål som förskrivits av läkare med det belopp som vid varje inköpstillfälle överstiger 120 kronor.

Figur 15. Utveckling av förmånskostnad och patientkostnad för läkemedel till barn 0–17 år.

Förmånskostnad exklusive moms. Samtliga läkemedel.
Miljoner kronor



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Som figur 15 visar så låg förmånskostnaderna på en relativt jämn nivå mellan åren 2008 och 2015. Under reformåret ökade förmånskostnaderna markant för att sedan plana ut något.

Patientkostnaderna har legat relativt stabilt både före och efter reformen men naturligtvis på en lägre nivå efter reformen i och med egenavgiftens borttagande. År 2018 uppgick patientkostnaden till 9,5 miljoner kronor, varav 7,6 miljoner kronor var kostnader för särskilda näringsändamål. Resterade 1,9 miljoner var merkostnader för vårdnadshavare och patienter som valt andra läkemedel än periodens vara.

De sammanlagda absoluta kostnaderna för regioner och patienter summeras i tabell 9. Motsvarande uppgifter fördelat per 100 000 barn finns i tabell 10.

Tabell 9. Förmånskostnad och patientkostnad, miljoner kronor till barn 0–17 år, löpande priser¹¹.

Miljoner kronor samt årlig procentuell kostnadsändring inom parentes.

År	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Förmånskostnad	1 248	1 317 (5 %)	1 381 (5 %)	1 389 (1 %)	1 436 (3 %)	1 458 (2 %)	1 437 (-1 %)	1 452 (1 %)	1 434 (-1 %)	1 486 (4 %)	2 040 (37 %)	2 218 (9 %)	2 296 (4 %)
Patientkostnad	360	377 (5 %)	381 (1 %)	382 (0 %)	386 (1 %)	364 (-6 %)	375 (3 %)	371 (-1 %)	387 (4 %)	386 (0 %)	11 (-97 %)	10 (-7 %)	9 (-10 %)
Summa förmåns- kostnad och patientkostnad	1 608	1 693 (5 %)	1 763 (4 %)	1 770 (0 %)	1 822 (3 %)	1 823 (0 %)	1 813 (-1 %)	1 823 (1 %)	1 821 (0 %)	1 872 (3 %)	2 051 (10 %)	2 228 (9 %)	2 305 (3 %)

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Tabell 10. Förmånskostnad och patientkostnad, miljoner kronor till barn 0–17 år per 100 000 barn, löpande priser.

Miljoner kronor samt årlig procentuell kostnadsändring inom parentes.

År	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Förmånskostnad, per 100 000 barn	65	68 (6 %)	72 (5 %)	72 (1 %)	75 (4 %)	76 (2 %)	75 (-2 %)	75 (0 %)	73 (-3 %)	74 (2 %)	99 (34 %)	106 (6 %)	107 (2 %)
Patientkostnad, 100 000 barn	19	19 (5 %)	20 (1 %)	20 (0 %)	20 (1 %)	19 (-6 %)	20 (3 %)	19 (-2 %)	20 (3 %)	19 (-2 %)	1 (-97 %)	(-9 %)	(-11 %)
Summa förmåns- kostnad och patientkostnad, per 100 000 barn	83	88 (5 %)	91 (4 %)	92 (1 %)	95 (3 %)	95 (0 %)	94 (-1 %)	94 (0 %)	93 (-2 %)	93 (1 %)	100 (7 %)	106 (6 %)	108 (2 %)

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

¹¹ Alla priser som presenteras i denna rapport är löpande priser, detta innebär att kostnaderna inte är inflationsjusterade.

Olika läkemedelsgrupper

De 15 läkemedelsgrupper för vilka förmånskostnaderna har ökat mest från 2015 till 2018 redovisas i tabell 11. Kostnaderna redovisas i miljoner kronor med årlig procentuell kostnadsförändring inom parentes medan kostnadsförändringen redovisas i absoluta tal och i procent. Dessutom visas storleken på läkemedelsgrupperna i form av kostnadsandel av den totala kostnaden under 2018.

Tabell 11. De 15 läkemedelsgrupperna med störst absolut ökning av förmånskostnader för barn 0–17 år under perioden 2015 till 2018.

Sorterat utifrån läkemedelsgrupper med störst absolut ökning 2015 till 2018. Miljoner kronor. Årlig procentuell förändring inom parentes.

Läkemedelsgrupp	2014	2015	2016	2017	2018	2015–2018	Kostnadsandel av alla läkemedel 2018
Adhd-läkemedel	213	229 (7 %)	305 (33 %)	317 (4 %)	341 (8 %)	112 (49 %)	15 %
Övriga läkemedel	408	436 (7 %)	480 (10 %)	532 (11 %)	541 (2 %)	104 (24 %)	24 %
Melatonin	5	9 (67 %)	51 (461 %)	87 (72 %)	113 (29 %)	104 11 (47 %)	5 %
Astma- och KOL-läkemedel	48	40 (-17 %)	113 (182 %)	115 (2 %)	117 (2 %)	77 (193 %)	5 %
Antibiotika	22	24 (8 %)	97 (301 %)	93 (-4 %)	94 (1 %)	70 (289 %)	4 %
Mjukgörande salvor	11	11 (-2 %)	54 (395 %)	65 (19 %)	73 (11 %)	62 (559 %)	3 %
Läkemedel vid förstoppning	15	17 (11 %)	50 (196 %)	57 (14 %)	64 (12 %)	47 (277 %)	3 %
Allergimedel	8	8 (1 %)	41 (415 %)	44 (7 %)	49 (13 %)	41 (522 %)	2 %
Immunosuppressiva medel	79	90 (14 %)	106 (18 %)	124 (17 %)	128 (3 %)	38 (43 %)	6 %
Antiepileptika	37	37 (0 %)	49 (32 %)	52 (5 %)	57 (10 %)	19 (52 %)	2 %
Kortisonsalvor	4	3 (-9 %)	20 (494 %)	21 (5 %)	22 (6 %)	19 (561 %)	1 %
Hypofysbaklobens hormoner	13	14 (9 %)	28 (96 %)	29 (6 %)	29 (-1 %)	15 (106 %)	1 %
Preventivmedel - korttidsverkande	1	1 (56 %)	10 (895 %)	13 (28 %)	15 (14 %)	14 (1357 %)	1 %
Aknemedel	4	3 (-34 %)	12 (328 %)	13 (17 %)	16 (17 %)	13 (486 %)	1 %
Avsvällande och övriga medel för lokal behandling vid nässjukdomar	3	2 (-6 %)	10 (311 %)	11 (8 %)	15 (38 %)	12 (508 %)	1 %
Alla läkemedel	1 434	1 486 (4 %)	2 040 (37 %)	2 218 (9 %)	2 296 (4 %)	810 (55 %)	

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Under 2018 motsvarade dessa 15 läkemedelsgrupper 73 procent av den totala förmånskostnaden för barn. Grupperna med störst ökning av absoluta förmånskostnader är adhd-läkemedel, melatonin, astma- och KOL-läkemedel, antibiotika, mjukgörande salvor, läkemedel vid förstoppning samt allergiläkemedel.

Dessa sju grupper särredovisas i figur 19 där även patientavgiften visas. I det följande beskrivs kostnadsutvecklingen för de sju grupperna lite närmare.

Adhd-läkemedel har ökat kraftigt från 229 miljoner kronor 2015 till 341 miljoner kronor 2018, en ökning på 49 procent. En del av denna ökning är förflyttningen av patientkostnaden till regionerna. Det är också allt fler barn som behandlas för adhd som en följd av en ökad diagnosticering, de behandlas dessutom med nya och dyrare läkemedel. Detta förklarar en del av att kostnaderna för adhd-läkemedel ökar vilket således inte beror på reformen. Trendanalys visar att kostnadsökningen för adhd-läkemedel motsvarar ungefär egenavgiften samt en ökning som följer tidigare års trend.

Det har tidigare i rapporten beskrivits att ökningen av uttag av melatonin inte uteslutande kan tillskrivas reformen. Av samma anledning går det inte att förklara kostnadsökningen av melatonin enbart utifrån reformen. Att melatonin sedan 2016 kan förskrivas utan licens är den huvudsakliga förklaringen till både ökningen av uttag och förmånskostnader.

För astma- och KOL-läkemedel gjorde TLV omprövningar 2015 vilket ledde till stora prisminskningar. Som visats i tidigare kapitel har antal uttag samt antal förpackningar inom förmånen ökat under samma period.

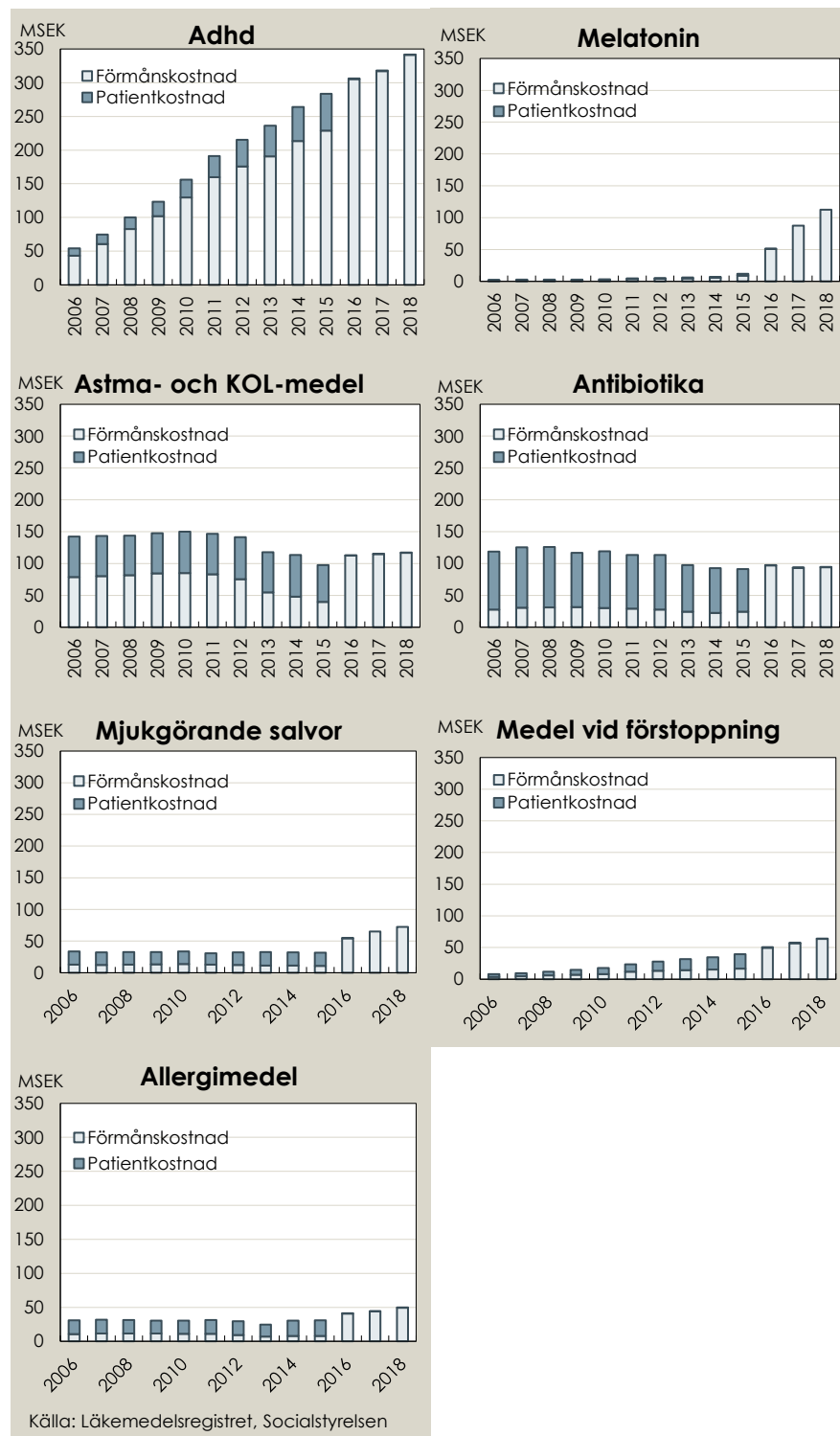
Antibiotikakostnaderna har minskat över tid men ser ut att ha ökat sedan reformen, även när man kontrollerar för egenavgiften.

Mjukgörande salvor har ökat mer än vad en trendanalys hade prognosticerat, dels när det kommer till kostnader men även i ökningen av antal uttag och ökningen av antal uthämtade förpackningar.

Både för läkemedel vid förstoppning och allergi har kostnaderna ökat något mer än vad som förväntas vid en trendanalys av historisk försäljning. Även sett till antal uthämtade förpackningar har konsumtionen av dessa läkemedel ökat mer efter reformen än vad trenden innan visade.

Figur 16. Utvecklingen av förmånskostnaden samt egenavgiften för de sju läkemedelsgrupper som haft störst absolut ökning av förmånskostnaden 2015–2018.

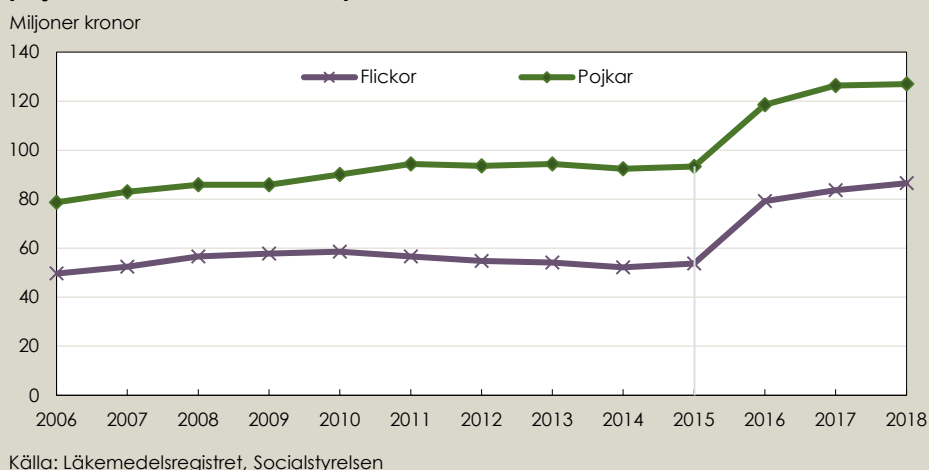
Förmånskostnaden samt patientkostnad, miljoner kronor.



Pojkar och flickor

Det finns vissa skillnader mellan pojkar och flickor där läkemedelskostnaderna för pojkar generellt sett är högre än för flickor, se figur 17. Kostnaderna har varit någorlunda konstanta mellan 2011–2015 för att sedan öka för både pojkar och flickor.

Figur 17. Utveckling av förmånskostnader för samtliga läkemedel till pojkar och flickor 0–17 år per 100 000 barn.



Förklaringen till skillnaden mellan könen är dels att pojkar gör några fler uttag i snitt, dels att varje uttag kostar mer för pojkar (tabell 12).

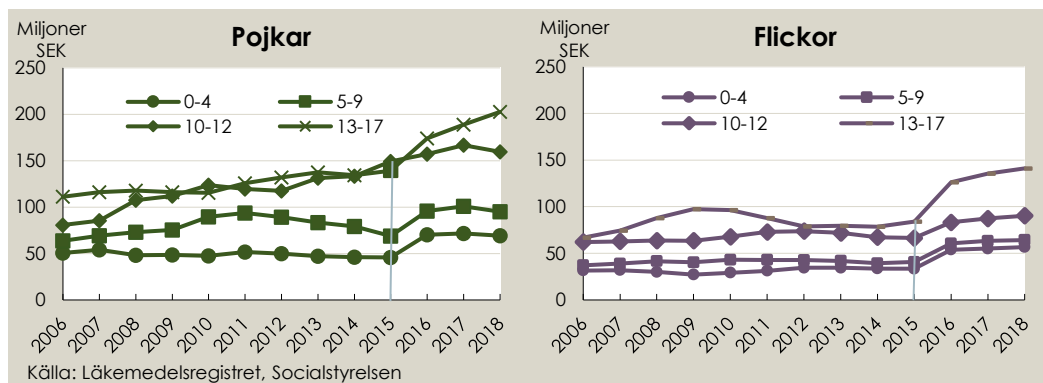
Tabell 12. Antal uttag samt förmånskostnad per uttag, för pojkar och flickor 0–17 år.

	Kön	2015	2016	2017	2018
Antal uttag per person	Pojkar	1,7	2	2	2,1
	Flickor	1,6	1,9	1,9	2
Kostnad per uttag (SEK)	Pojkar	541	605	630	610
	Flickor	332	426	434	432
Snittkostnad per person och år (SEK)	Pojkar	932	1 186	1 263	1 270
	Flickor	538	792	836	865

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Figur 18 visar hur förmånskostnaderna har utvecklats för olika åldersgrupper bland pojkar respektive flickor från 2006 till 2018. För både pojkar och flickor syns en tydlig kostnadsökning efter 2015 i alla åldersgrupper.

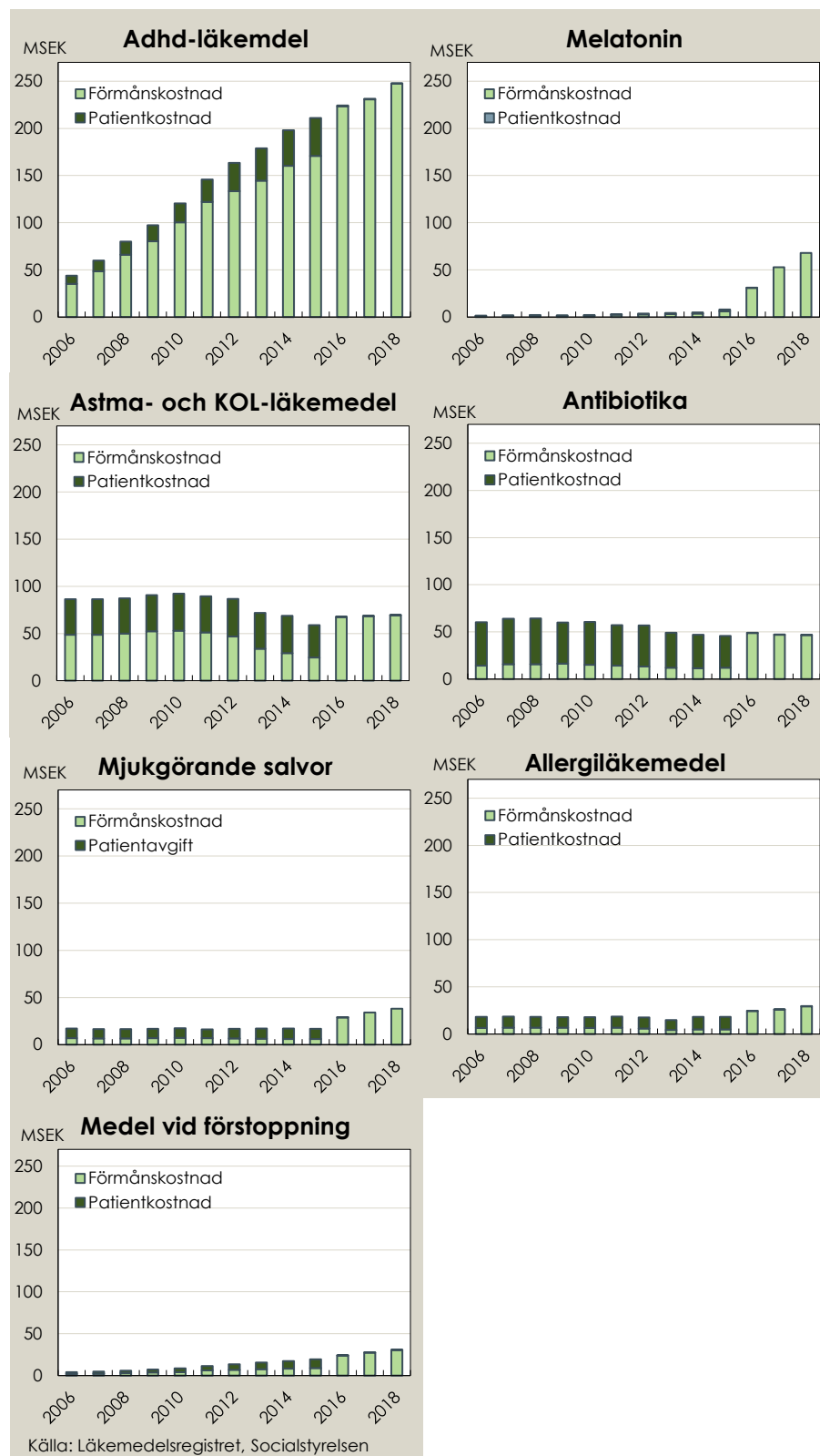
Figur 18. Utvecklingen av förmånskostnader för samtliga läkemedel till pojkar och flickor 0–17 år per 100 000 barn.



Vidare finns det skillnader avseende vilka läkemedelsgrupper som har haft störst kostnadsökning inom förmånen fördelat på kön. De sju läkemedelsgrupper där förmånskostnaden ökat mest mellan 2015–2018 för pojkar respektive flickor redovisas i figur 19 och 20. Läkemedlen kommer i ordning utifrån vilka som haft störst kostnadsökning under dessa år. Det är i princip samma läkemedelsgrupper som ökat mest för pojkar och flickor. Allergiläkemedel finns dock bland de sju läkemedelsgrupper som har haft störst ökning av förmånskostnaden för pojkar vilket det inte gör för flickor. Det omvända gäller för immunsuppressiva medel.

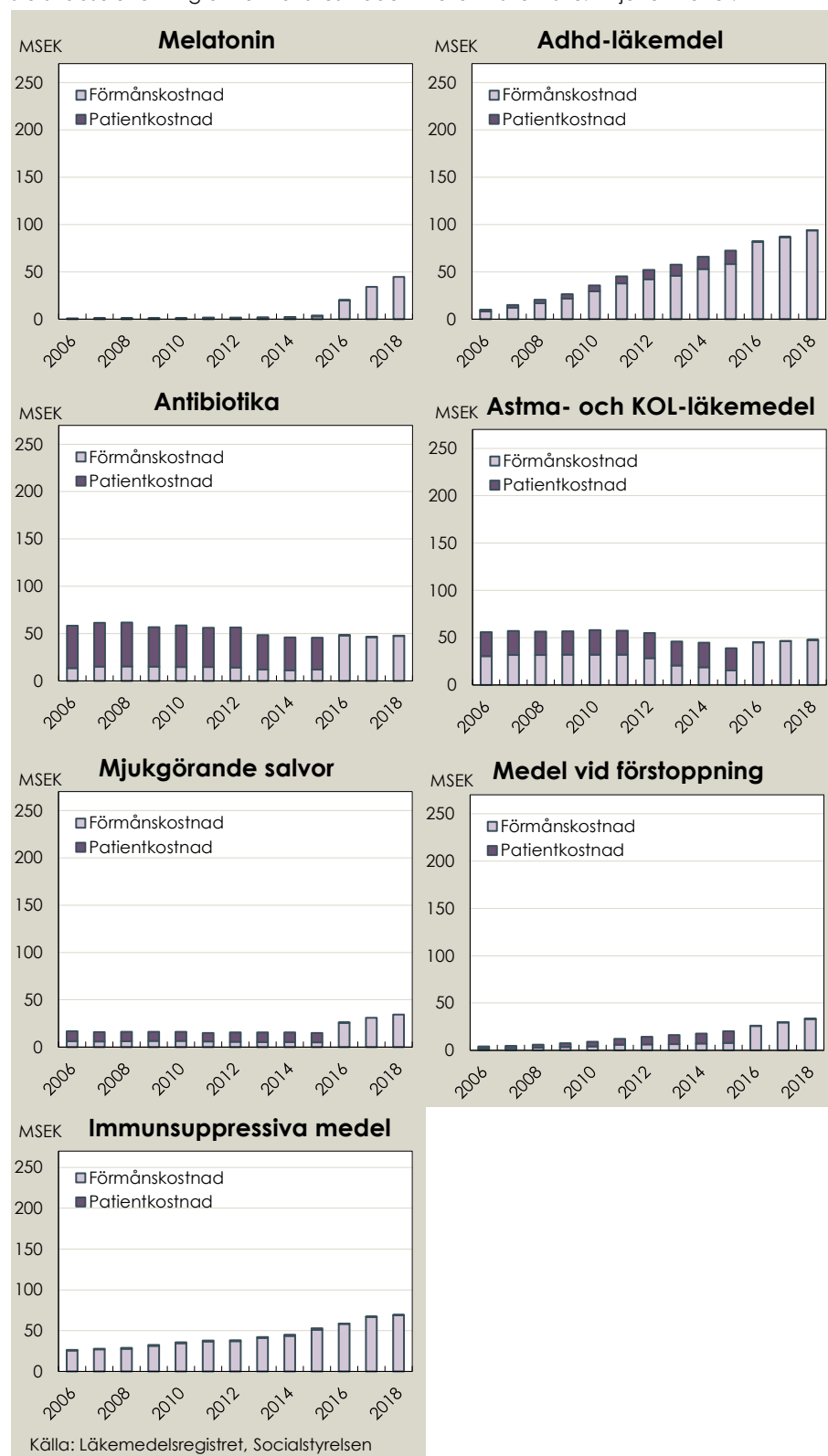
Figur 19. Utveckling av total kostnad för förmånsläkemedel till pojkar 0–17 år. Sorterat utifrån störst ökning av total kostnad.

Förmånskostnad och patientkostnad exklusive moms för de sju läkemedelsgrupper med störst absolut ökning av förmånskostnaden mellan 2015–2018. Miljoner kronor.



Figur 20. Utveckling av total kostnad för förmånsläkemedel till flickor 0–17 år. Sorterat utifrån störst ökning av total kostnad.

Förmånskostnad och patientkostnad exklusive moms för de sju läkemedelsgrupper med störst absolut ökning av förmånskostnaden mellan 2015–2018. Miljoner kronor.



Förskrivares synpunkter på och erfarenheter av kostnadsfriheten

I regeringens uppdragsbeskrivning anges att uppföljningen ska belysa professionens erfarenheter av, synpunkter på samt eventuellt ändrade arbetssätt till följd av reformen. De två viktigaste professionsgrupperna utgörs i detta sammanhang av farmaceuter samt förskrivare. Inom ramen för uppdragets delrapport redogjordes för en kvalitativ undersökning av tio farmaceuters erfarenheter och synpunkter (1). Den generella uppfattningen bland dem var att reformen varit bra för barn i socioekonomiskt svaga grupper. Deras bedömning var att det finns vårdnadshavare i dessa grupper som hämtar ut läkemedel i större utsträckning till sina barn efter reformen sedan egenavgifterna tagits bort inom förmånen. Kostnadsfriheten har inte heller inneburit någon mer genomgripande förändring i farmaceuternas dagliga arbete på apotek. Ett par av farmaceuterna framförde att de uppfattat ett visst överutnyttjande av kostnadsfriheten.

Till slutrapporten har vi dessutom genomfört en enkätundersökning riktad till verksamma läkare som förskriver läkemedel till barn 0 till 17 år (se bilaga 4 för enkäten och bilaga 5 för en teknisk beskrivning). Undersökningen har genomförts i samverkan med Sveriges läkarförbund under våren 2019. Undersökningens svarsfrekvens är låg, 29 procent. I tabell 13 beskriver vi enkätundersökningens population, urvalsstorlek och svarsfrekvens.

Tabell 13. Enkätundersökningens population, urval och svarsfrekvens

Kategori (stratum)	Register population	Urval	Besvarade enkäter	Svarsfrekvens i procent
Allmänmedicin	5 691	596	162	27
Barn- och ungdomsmedicin	1 618	578	176	30
Barn- och ungdomspsykiatri	444	444	124	28
Totalt	7 753	1 618	462	29

Syftet med enkätundersökningen har varit att inhämta kunskap för att belysa läkares erfarenheter och synpunkter på reformen samt eventuellt förändrade arbetssätt till följd av densamma. Enkäten innehöll både frågor med fasta svarsalternativ och fritextfrågor. Resultaten presenteras i form av teman som följer enkätens frågor.¹² Något förenklat och renodlat så pekar enkät-materialet på två diametralt skilda uppfattningar om och erfarenheter av reformen bland de läkare som deltagit i undersökningen.

De positiva kommentarerna speglar uppfattningen att reformen möjliggjort för barn i mindre privilegierade grupper att få tillgång till de läkemedel de är i behov av. Följsamheten gentemot läkarens ordination har blivit bättre. Kostnadsfriheten skapar en mer jämlik läkemedelsbehandling och i slutänden en mer jämlik hälsa för barn från olika grupper. Föräldrar slipper dessutom bli stressade av över att inte kunna betala för sina barns läkemedel och läkare behöver inte ta hänsyn till föräldrars ekonomi vid läkemedelsbehandlingen.

¹² Några kommentarer är redigerade för ökad läsbarhet.

De negativa kommentarerna speglar å andra sidan uppfattningen att reformen inte svarar mot ett reellt problem eftersom föräldrar redan tidigare kunnat få stöd av samhället vid betalningsoförmåga. Samtidigt anses kostnadsfriheten innebära ett visst överutnyttjande då läkemedel ibland antingen inte används eller används av andra än de som recepten är utskrivna för. Reformen anses vidare ha inneburit en minskad betalningsvilja för receptfria läkemedel samt receptbelagda läkemedel utanför förmånen. Kostnadsfriheten har medfört ökade krav från föräldrar samtidigt som mer administration tillkommit framförallt gällande receptfria läkemedel som tidigare inte förskrevs.

Betalningsoförmåga innan reformen?

För att få mer kunskap vad gäller vårdnadshavares betalningsoförmåga före reformen ställdes följande fråga till i enkäten: ”Innan reformen om kostnadsfria läkemedel för barn trädde i kraft, förekom det att du träffade familjer där föräldrarna inte hade råd att hämta ut läkemedel inom förmånen till sina barn?” Drygt 40 procent av läkarna svarar ja på denna fråga – nästan lika stor andel svarar nej. Övriga drygt 20 procent anger att de inte vet, alternativt inte förskrev läkemedel till barn före kostnadsfriheten trädde i kraft. Specialister inom barn och ungdomsmedicin samt inom barn- och ungdomspsykiatri svarar ja i väsentligt högre utsträckning än specialister inom allmänmedicin. De öppna kommentarerna visar på olika uppfattningar om hur vanligt det var att familjer inte hade råd att hämta ut barnens läkemedel. Ett par läkare påpekar att det var ett återkommande fenomen. Den vanligaste kommentaren är dock av typen att det hände vid enstaka tillfällen:

Det förekom nog att föräldrar inte hade råd att köpa ut medicin till sina barn, men det var inte speciellt ofta.

Några respondenter skriver också att föräldrar kanske inte alltid berättade att de hade svårt med egenavgiften men att det kunde framkomma vid återbesök att barnet inte påbörjat läkemedelsbehandlingen och att det kunde misstänkas bero på att föräldrarna inte haft råd att hämta ut aktuellt läkemedel. Andra läkare hävdar att föräldrar frågade vad läkemedlen skulle kosta vid läkarbesöket och om det gick att vänta med att påbörja behandlingen till dess att socialbidraget eller barnbidraget betalades ut.

Tidigare kunde man på barnakuten få frågan från föräldrar om det gick att vänta några dagar att hämta ut läkemedlet (t.ex. penicillin) tills barnbidraget kommit. Man försökte då lösa det genom att skicka med hela antibiotikakuren från avdelningen.

Några av de läkare som inte erfarit en betalningsoförmåga hos föräldrar före reformen påpekar att det även tidigare fanns stöd för socioekonomiskt utsatta grupper. Då hänvisas till att socialtjänsten kunde ersätta för läkemedelskostnader samt möjligheten att delbetala för läkemedel vid apotek.

För de allra flesta familjer av dessa var det nog mest frågan om oförmåga att hantera sin ekonomi, det vill säga ett socialt bekymmer. Med hög-

kostnadsskydd (för alla barn tillsammans) och den möjlighet som fanns att dela upp betalningen hade i princip alla familjer råd. Akut brist på pengar förekom, vilket skulle kunna lösas med att dela upp betalningen och betala första delen till exempel i slutet på månaden.

Efterfrågan på läkemedel

Det är 32 procent av läkarna som anser att kostnadsfriheten inneburit en ökad efterfrågan på receptbelagda läkemedel, 58 procent anser att efterfrågan inte har påverkats medan endast 1 procent anser att efterfrågan minskat och 9 procent uppger att de inte vet.

Några kommenterar att syftet med reformen faktiskt varit ett ökat läkemedelsuttag hos mindre privilegierade familjer.

Hos familjer med dålig ekonomi har efterfrågan ökat vilket är helt begripligt. Kostnadsfriheten är mycket viktigt för barn med medicinering för adhd som är dyra läkemedel annars.

Några läkare poängterar att det snarare är benägenheten att hämta ut förskrivna läkemedel som ökat vilket bidrar till en mer effektiv och följsam läkemedelsbehandling.

Efterfrågan har inte ökat men däremot har compliance förbättrats. De tar det jag rekommenderar och jag behöver bara ta hänsyn till effekt- eller biverkningsprofil som passar barnet, jag behöver inte ta hänsyn till familjens ekonomi och anpassa förskrivningen efter det.

Det är 38 procent av läkarna som anser att kostnadsfriheten inneburit en ökad efterfrågan att få receptfria läkemedel förskrivna, 51 procent anser att efterfrågan inte har påverkats medan endast 2 procent anser att efterfrågan istället minskat och 9 procent uppger att de inte vet. Många kommenterar problematiserar möjligheten att få receptfria läkemedel på recept. Det är framförallt en ökad efterfrågan på mjukgörande krämer som nämns i detta sammanhang: Några respondenter misstänker att läkemedel utnyttjas av andra än den som läkemedlet är utskrivet till:

Efterfrågan har ökat på recept, framför allt för receptfria mediciner. I viss mån kanske medicinerna används av andra inom familjen.

Det finns också respondenter som har en helt annan uppfattning om förskrivning av receptfria läkemedel:

Numera tillfrågas jag sällan om att skriva ut receptfria läkemedel på recept. Jag uppfattar att föräldrar numera har råd att betala för receptfria läkemedel då övriga läkemedel är kostnadsfria.

Ökad eller minskad vårdkonsumtion

I enkäten ställdes frågan om man uppfattar att reformen inneburit någon skillnad i vårdkonsumtion definierat som antal besök inom öppenvård.

Det är 15 procent av läkarna som anger att de upplever en ökad vårdkonsumtion till följd av reformen. 70 procent av läkarna anger att det inte är någon skillnad i vårdkonsumtion medan resterande 15 procent inte vet. Noterbart är att ingen respondent uppfattar att vårdkonsumtionen minskat som en följd av reformen.

Några kommenterar dock att det blivit mer arbete i form av ett större antal recept att skriva:

Föräldrar begär att jag ska skriva alla läkemedel på recept. Det blir mer tid att förnya recept, fler kontakter med flera läkare för att skriva recept inom öppenvård och slutenvård för att det inte kostar.

Andra anger att administrationen istället har minskat:

Innan reformen skapades merarbete på olika sätt. Uppföljning som måste senareläggas, medicinering omstartas, socialtjänsten kontaktas angående försörjningsstöd eller rekvisitioner. Önskemål om förskrivning inför barnbidrag eller löneutbetalning. Önskemål om förskrivning innan högkostnadskort "gick ut".

Information om kostnadsfriheten

Närmare 40 procent av läkarna uppger att de brukar informera om kostnadsfriheten i samband med förskrivningen, medan 60 procent anger att de inte brukar göra det. Många poängterar att vårdnadshavare redan känner till kostnadsfriheten och att det var mer påkallat att informera om detta i samband med reformens införande. Det förefaller därmed inte vara så att läkarkåren systematisk informerar om detta men att många gör det vid behov. Exempel på kommentarer:

I fall där jag befارar att föräldrarna annars inte säkert löser ut läkemedlet eftersom de har för knappa ekonomiska resurser

Förskrivning kontra uttag

Som tidigare poängterats i rapporten finns i dagsläget inte någon nationell datakälla som belyser både förskrivning och uttag av läkemedel över tid. E-hälsomyndigheten har uppgifter över både förskrivning och uttag i det som kallas receptdepån. Dessa uppgifter sparas dock endast i 15 månader, det vill säga så länge receptet är giltigt samt ytterligare tre månader. När ett e-recept skickas från vården kommer det till receptdepån, vilket kan beskrivas som en nationell lagringsplats. Recepten lagras i väntan på att patienten ska hämta ut sitt läkemedel på ett apotek. Receptdepån innehåller uppgifter om läkemedel, förmånsberättigade förbrukningsartiklar samt livsmedel som skrivits ut på recept. För detta uppdrag hade det varit av intresse att studera uttag i relation till förskrivning före och efter att reformen om kostnadsfria läkemedel trädde i kraft. Data från tiden innan reformen saknas vilket nämnts tidigare i rapporten.

På uppdrag av Socialstyrelsen har E-hälsomyndigheten tagit fram data som visar relationen mellan förskrivning och uttag under en tolv månader lång period efter reformen. Data visar att för 36 procent av recepten görs samtliga uttag som finns förskrivet. För 21 procent av recepten görs inga uttag alls vilket tabell 14 visar.

Tabell 14. Status för samtliga läkemedelsrecept till barn 0–17 år under perioden november 2016 till oktober 2017

	Antal recept	Andel recept i procent
Utgångna recept med uttag kvar	2 468 423	42
Recept där alla uttag gjorts	2 106 379	36
Utgångna recept där inget uttag gjorts	1 260 271	21
Recept makulerat av förskrivare	31 727	1
Totalsumma	5 897 645	100

Källa: Receptdepån, E-hälsomyndigheten

I den enkätundersökning som Socialstyrelsen genomförde bland vårdnadshavare i samband med delrapporteringen av uppdraget framkom att 25 procent av respondenterna inte hämtat ut läkemedel på samtliga recept som funnits för barn i hushållet de tre senaste månaderna. I enkätundersökningen var de två vanligaste anledningarna till att inte hämta ut läkemedel:

- att man redan hade läkemedlet hemma
- att barnet inte längre behövde läkemedlet.

I undersökningen framkom att bland de läkemedel som ryms inom förmånen är det främst allergiläkemedel, följt av astmaläkemedel och mjukgörande medel som inte hämtats ut.

Vårdkonsumtion

I uppdragsbeskrivningen anges att förändringar i konsumtion av vård som reformen kan ha medfört ska ingå i uppföljningen. Som tidigare redovisats så angav 70 procent av de förskrivande läkarna i vår enkätundersökning att reformen inte inneburit fler besök i öppenvården. 15 procent uppgav att de upplevde att reformen medfört fler besök medan resterande 15 procent uppgav att de inte visste om antalet läkarbesök förändrats.

Då det saknas nationella primärvårdsdata har vi fått uppgifter om vårdkonsumtion från Stockholms läns landsting. Det är således av vikt att understryka att dessa data inte speglar vårdkonsumtionen nationellt. Uppgifterna omfattar barn i Stockholms län 0 till 17 år och visar att omkring 70 procent av barnen har minst en vårdkontakt per år (tabell 15).

Tabell 15 Antal barn 0–17 år som haft minst ett läkarbesök i Stockholms län under åren 2015, 2016, 2017 och 2018. Per 100 000 barn.

	2015	2016	2017	2018
Öppenvård	64 949	65 045	63 697	63 826
Besök vid fler vårdinstanser	6 203	5 511	4 605	4 191
Privatläkare	711	620	515	483
Slutenvård	56	54	52	65
Totalt	71 919	71 230	68 868	68 565

Källa: Region Stockholms administrativa databaser VAL

Tabellen visar en liten minskning av barns vårdkonsumtion i Stockholms län under aktuella år. 2015 hade nästan 72 procent av barnen minst ett läkarbesök och 2018 hade drygt 68 procent minst ett läkarbesök. Det är dock viktigt att framhålla att läkarbesök hos digitala vårdgivare inte finns med i underlaget. Och det är just under dessa år som digitaliseringen inom hälso- och sjukvården som i fått ett stort genomslag.

Utvecklingen av olika digitala vårdtjänster sker både i regionernas egen regi och på den privata marknaden. Det finns flera privata aktörer som erbjuder primärvårdstjänster digitalt (11). En vetenskaplig artikel som är publicerad 2019 och har en studieperiod mellan juni 2016 och december 2017, anger att digitala besök utgör ungefär två procent av totala primärvårdsbesöken under ett år (12). I en kartläggningsrapport som Socialstyrelsen publicerade 2018 framgick att Region Jönköping hade 35 000 digitala läkarbesök under april 2018 jämfört med 13 000 besök april 2017 (11).

Kostnadsfriheten och nationella vaccinationsprogrammet för barn

I regeringens uppdrag till Socialstyrelsen anges att samspelet mellan reformen om kostnadsfria läkemedel och det nationella vaccinationsprogrammet för barn ska belysas.

Beslut om vilka vaccinationer som ska ingå i nationella vaccinationsprogram fattas av regeringen baserat på underlag som Folkhälsomyndigheten tar fram. Det svenska barnvaccinationsprogrammet erbjuder alla barn inom barnhälsovård och skola skydd mot nio sjukdomar:

- polio
- difteri
- stelkramp
- kikhosta
- infektioner orsakade av *Haemophilus influenzae* typ b
- mässling
- påssjuka
- röda hund
- allvarliga sjukdomar orsakade av pneumokocker.

Flickor erbjuds även vaccin mot humant papillomvirus (HPV).

Vaccinerna bekostas och upphandlas av regionerna, och är kostnadsfria för barnen. Sedan ett par år tillbaka upphandlas vaccinerna av regionerna gemensamt, för att långsiktigt säkerställa en trygg vaccinförsörjning av hög kvalitet för barn och elever i Sverige.

I lag (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. anges att ett receptbelagt läkemedel mot en smittsam sjukdom (vaccin) inte får ingå i läkemedelsförmånerna, om sjukdomen omfattas av ett nationellt vaccinationsprogram enligt smittskyddslagen (2004:168) och vaccinet är avsett för samma användningsområde och samma patientgrupp som omfattas av vaccinationsprogrammet, lag (2016:530). Eftersom vacciner inom det nationella vaccinationsprogrammet inte får ingå i läkemedelsförmånen har reformen om kostnadsfria läkemedel inte haft någon direkt inverkan i detta sammanhang.

Ett fåtal vacciner, som alltså inte ingår i det nationella barnvaccinationsprogrammet, ingår i högkostnadsskyddet. Ett av dem är ett vaccin mot rotavirus, avsett att skydda barn från 6 veckors ålder, mot gastroenterit (diarré och kräkning) orsakad av rotavirusinfektion. Folkhälsomyndigheten har uppmärksammat att när detta vaccin blev kostnadsfritt ökade efterfrågan, vilket påverkade verksamheter inom vården. Tio regioner har infört vaccination mot rotavirus i deras regionala vaccinationsprogram – åtta av dem efter att reformen om kostnadsfria läkemedel till barn trädde i kraft. Indirekt kan det inte uteslutas att den ökade efterfrågan ha spelat roll vid regionala beslut om införandet av vaccination mot rotavirus. Från den 1 september 2019 ingår dock vaccination mot rotavirus i det nationella vaccinationsprogrammet, och TLV har därför beslutat att vaccinet inte längre ska ingå i läkemedelsförmånerna.

Regionala skillnader i vaccinerbjudanden kan medföra ojämlik vård i landet. Folkhälsomyndighetens erfarenhet är att acceptans och upptag är högre om vaccinationer ingår i det nationella vaccinationsprogrammet jämfört med vaccinationer som erbjuds kostnadsfritt inom regionala program i Sverige. För god och jämlik anslutning till vaccinationsprogrammet är det även viktigt att det finns en välfungerande och lättillgänglig organisation för implementering av programmet. Vaccinationstäckning är generellt högre i länder där det finns välorganiserad barnhälsovård/primärvård för vaccination av barn i förskoleålder och där barn i skolålder vaccineras i skolan.

För de vacciner som inte ingår i det nationella vaccinationsprogrammet men istället omfattas av läkemedelsförmånen anser Socialstyrelsen att kostnadsfriheten för dessa ökar tillgängligheten och att det är positivt att flera kan vaccinera sina barn mot sjukdomar som inte ingår i det nationella vaccinationsprogrammet. Det kan vara viktigt att följa upp vilka vårdnadshavare som efterfrågar dessa vacciner. Enligt Folkhälsomyndigheten efterfrågas kostnadsfria vacciner utanför vaccinationsprogrammet framförallt av välinformerade föräldrar. För att föräldrar ska bli medvetna om kostnadsfria vacciner så måste de få och ta till sig information om möjligheten. Effekten på jämlik vård blir därmed inte lika entydigt positiv.

Bilaga 1. Läkemedelsgrupper och ATC-koder

Tabell 16. ATC-koder per läkemedelsgrupp. 53 grupper.

Läkemedelsgrupp	ATC-koder
Adhd-läkemedel	N06BA & C02AC02 exkl. N06BA07
Aknemedel	D10
Allergiläkemedel	R06A, R01AC, R01B & S01G
Antibiotika	J01 exkl. J01XX05
Antidepressiva	N06A
Antiepileptika	N03
Antihistaminer för systemiskt bruk	R06 exkl. R06A
Antipsykotika exkl litium	N05A exkl. N05AN
Astma- och KOL-läkemedel	R03
Avsvällande och övriga medel för lokal behandling vid nässjukdomar	R01A
Blodfettsänkande medel	C10
Blodförtunnande läkemedel	B01
Blodglukossänkande medel, exkl. insuliner	A10B
Demensmedel	N06D
Diabetesmedel	A10
Hormonsubstitution vid östrogenbristsymtom	G03C, G03D & G03F
Hypofysbaklobens hormoner	H01B
Immunsuppressiva medel	L04A
Inkontinensmedel	G04BD
Insuliner och analoger	A10A
Kortikosteroider för systemiskt bruk	H02A
Kortisonsalvor	D07
Litium	N05AN
Lugnande och ångestdämpande medel	N05B
Läkemedel mot benskörhet	M05B
Läkemedel mot fetma, exkl. dietprodukter	A08
Läkemedel mot högt blodtryck	C02, C03, C07, C08 & C09 exkl. C02AC02 & C07AA07
Magsyremedel	A02
Malariamedel	P01B
Medel mot svampinfektioner för systemiskt bruk	J02, D01BA
Medel vid alkoholberoende	N07BB
Medel vid förstoppning	A06
Medel vid glaukom samt miotika	S01E
Medel vid godartad prostataförstoring	G04C

Läkemedelsgrupp	ATC-koder
Medel vid Hepatit C	J05AX14, J05AX15, J05AX16, J05AX65, J05AX66, J05AX67, J05AX68, J05AE14 & J05AP55
Medel vid hjärtsjukdomar	C01
Medel vid opioidberoende	N07BC & N07BC02 för orala lösningar
Medel vid parkinsonism	N04
Melatonin	N05CH
Mjukgörande salvor	D02
Opioider	N02A
Potensmedel	G04BE
Preventivmedel – korttidsverkande	G02BB & G03A exkl. G03AD & G03AC08
Preventivmedel – långtidsverkande	G02BA & G03AC08
Sköldkörtelhormon	H03A
Smärtstillande medel, inkluderar ej opioider	M01A & N02B
Sömnmedel och lugnande medel, exkl. melatonin	N05CD, N05CF & N05CM06 exkl. N05CD08
Tillväxthormon	H01AC01 & H01AC03
Triptaner mot migrän	N02CC
Vaccin mot rotavirusdiarré	J07BH
Virushämmande medel för systemiskt bruk	J05
Vitamin A och D, inkl. kombinationer av de två	A11C
Vitamin B12 och folsyra	B03B

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Tabell 17. Gruppen "Övriga läkemedel" innehåller följande ATC huvudgrupper exklusive de ATC-koder som finns i tabell 14.

Andelar för år 2018.

ATC-kod	Förklaring	Andel
A	Matsmältningsorgan och ämnesomsättning	16
B	Blod och blodbildande organ	6
C	Hjärta och kretslopp	0,07
D	Hud	16
G	Urin- och könsorgan samt könshormoner	1
H	Hormoner, exkl könshormoner	1
J	Infektionssjukdomar	0,7
L	Tumörer och rubbningar i immunsystemet	1
M	Rörelseapparaten	1,2
N	Nervsystemet	5
P	Antiparasitära, insektsdödande och repellerande medel	7
R	Andningsorganen	0,8
S	Ögon och öron	37
V	Varia	4

Bilaga 2 Läkemedelskonsumtion

Tabell 18. Antal och andel barn med minst ett läkemedelsuttag inom och utanför förmånen över tid.

År	Inom förmånen		Utom förmånen		Totalt		Befolkning
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal
2006	904083	47	44392	2	948475	49	1934079
2007	907356	47	54864	3	962220	50	1932786
2008	869884	45	75196	4	945080	49	1928245
2009	844694	44	79284	4	923978	48	1922966
2010	854921	45	82561	4	937482	49	1920093
2011	834828	43	86873	5	921701	48	1919150
2012	821854	43	80169	4	902023	47	1923663
2013	774004	40	87020	4	861024	44	1940299
2014	782670	40	89953	5	872623	44	1968880
2015	785569	39	82599	4	868168	43	2005179
2016	842660	41	74678	4	917338	45	2050742
2017	875056	42	70991	3	946047	45	2099002
2018	919849	43	74932	4	994781	47	2138488

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Tabell 19. Förändring över tid för uttag, barn 0–17 år

Antal uttag per 100 000 barn. Årligt procentuell förändring inom parantes. Läkemedelsgrupper som har minst 500 uttag per 100 000 barn år 2018. "Grupperna" alla läkemedel samt övriga läkemedel är inkluderade.

Läkemedelsgrupp	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2015 vs 2018
Alla läkemedel	185 122 (1 %)	178 640 (-4 %)	174 053 (-3 %)	178 932 (3 %)	175 293 (-2 %)	175 121 (0 %)	167 127 (-5 %)	169 926 (2 %)	167 313 (-2 %)	191 064 (14 %)	196 675 (3 %)	204 241 (4 %)	204 241 (22 %)
Adhd-medel	3 335 (35 %)	4 380 (31 %)	5 523 (26 %)	7 235 (31 %)	9 024 (25 %)	10 456 (16 %)	11 793 (13 %)	13 130 (11 %)	14 035 (7 %)	14 441 (3 %)	15 202 (5 %)	15 902 (5 %)	15 902 (13 %)
Aknemedel	1 967 (-14 %)	1 587 (-19 %)	1 388 (-13 %)	1 267 (-9 %)	1 097 (-13 %)	1 037 (-5 %)	988 (-5 %)	956 (-3 %)	1 108 (16 %)	1 939 (75 %)	2 175 (12 %)	2 286 (5 %)	2 286 (106 %)
Allergimedel	12 173 (1 %)	12 086 (-1 %)	11 691 (-3 %)	11 661 (0 %)	12 163 (4 %)	12 379 (2 %)	10 309 (-17 %)	11 678 (13 %)	11 002 (-6 %)	13 790 (25 %)	14 464 (5 %)	15 739 (9 %)	15 739 (43 %)
Antibiotika	42 900 (5 %)	40 709 (-5 %)	36 252 (-11 %)	36 795 (1 %)	34 510 (-6 %)	33 363 (-3 %)	27 290 (-18 %)	25 048 (-8 %)	24 436 (-2 %)	25 374 (4 %)	24 130 (-5 %)	23 005 (-5 %)	23 005 (-6 %)
Antidepressiva	1 424 (6 %)	1 518 (7 %)	1 541 (2 %)	1 639 (6 %)	1 809 (10 %)	1 943 (7 %)	2 180 (12 %)	2 461 (13 %)	2 824 (15 %)	3 284 (16 %)	3 609 (10 %)	3 873 (7 %)	3 873 (37 %)
Antiepileptika	3 338 (3 %)	3 488 (4 %)	3 577 (3 %)	3 618 (1 %)	3 525 (-3 %)	3 535 (0 %)	3 604 (2 %)	3 625 (1 %)	3 608 (0 %)	3 607 (0 %)	3 690 (2 %)	3 805 (3 %)	3 805 (5 %)
Antipsykotika exkl litium	580 (10 %)	638 (10 %)	700 (10 %)	748 (7 %)	760 (2 %)	818 (8 %)	838 (3 %)	944 (13 %)	1 013 (7 %)	1 048 (3 %)	1 053 (0 %)	1 134 (8 %)	1 134 (12 %)
Astma- och KOL-medel	24 667 (3 %)	24 688 (0 %)	25 509 (3 %)	27 152 (6 %)	26 447 (-3 %)	26 134 (-1 %)	24 412 (-7 %)	25 733 (5 %)	24 593 (-4 %)	27 459 (12 %)	26 267 (-4 %)	26 422 (1 %)	26 422 (7 %)
Avsvällande för lokal behand ling vid nässjuk- domar	3 585 (4 %)	3 407 (-5 %)	3 339 (-2 %)	3 435 (3 %)	3 519 (2 %)	3 645 (4 %)	3 003 (-18 %)	3 268 (9 %)	2 994 (-8 %)	3 564 (19 %)	3 537 (-1 %)	3 954 (12 %)	3 954 (32 %)
Förbrukningsartiklar	8 844 (-2 %)	8 957 (1 %)	8 789 (-2 %)	9 253 (5 %)	9 201 (-1 %)	9 177 (0 %)	9 319 (2 %)	8 449 (-9 %)	8 250 (-2 %)	8 524 (3 %)	8 264 (-3 %)	8 610 (4 %)	8 610 (4 %)
Hypofysbaklobens hor- moner	1 281 (-11 %)	1 131 (-12 %)	1 103 (-2 %)	1 087 (-1 %)	1 117 (3 %)	1 106 (-1 %)	1 069 (-3 %)	1 100 (3 %)	1 134 (3 %)	1 277 (13 %)	1 252 (-2 %)	1 219 (-3 %)	1 219 (8 %)
Immunosuppressiva me- del	631 (7 %)	671 (6 %)	745 (11 %)	824 (11 %)	852 (3 %)	866 (2 %)	911 (5 %)	946 (4 %)	1 017 (8 %)	1 053 (4 %)	1 096 (4 %)	1 129 (3 %)	1 129 (11 %)

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Tabell 19. Fortsättning

Antal uttag per 100 000 barn. Årligt procentuell förändring inom parantes. Läkemedelsgrupper som har minst 500 uttag per 100 000 barn år 2018. "Grupperna" alla läkemedel samt övriga läkemedel är inkluderade.

Läkemedelsgrupp	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2015 vs 2018
Insuliner och analoger	2 346 (-1 %)	2 347 (0 %)	2 304 (-2 %)	2 266 (-2 %)	2 205 (-3 %)	2 200 (0 %)	2 203 (0 %)	2 259 (3 %)	2 291 (1 %)	2 339 (2 %)	2 357 (1 %)	2 351 (0 %)	2 351 (3 %)
Kortikosteroider för systemiskt bruk	2 338 (0 %)	2 344 (0 %)	2 365 (1 %)	2 427 (3 %)	2 386 (-2 %)	2 263 (-5 %)	2 127 (-6 %)	2 073 (-3 %)	2 073 (0 %)	2 408 (16 %)	2 327 (-3 %)	2 044 (-12 %)	2 044 (-1 %)
Kortisonsalvor	8 241 (-2 %)	8 112 (-2 %)	8 050 (-1 %)	8 192 (2 %)	7 742 (-5 %)	7 930 (2 %)	7 646 (-4 %)	7 634 (0 %)	7 231 (-5 %)	9 291 (28 %)	9 583 (3 %)	9 924 (4 %)	9 924 (37 %)
Livsmedel för särskilda näring	15 756 (0 %)	14 052 (-11 %)	12 003 (-15 %)	12 166 (1 %)	13 061 (7 %)	13 871 (6 %)	15 024 (8 %)	14 143 (-6 %)	11 719 (-17 %)	10 989 (-6 %)	10 048 (-9 %)	8 737 (-13 %)	8 737 (-25 %)
Lugnande och ångestdämpande medel	971 (5 %)	1 000 (3 %)	1 014 (1 %)	1 096 (8 %)	1 162 (6 %)	1 198 (3 %)	1 442 (20 %)	1 705 (18 %)	1 762 (3 %)	1 861 (6 %)	1 885 (1 %)	1 849 (-2 %)	1 849 (5 %)
Läkemedel mot högt blodtryck	620 (11 %)	653 (5 %)	678 (4 %)	737 (9 %)	775 (5 %)	813 (5 %)	866 (7 %)	891 (3 %)	904 (2 %)	902 (0 %)	918 (2 %)	900 (-2 %)	900 (0 %)
Magsyremedel	850 (-10 %)	914 (8 %)	1 013 (11 %)	1 173 (16 %)	1 258 (7 %)	1 344 (7 %)	1 456 (8 %)	1 531 (5 %)	1 655 (8 %)	1 824 (10 %)	1 880 (3 %)	1 965 (5 %)	1 965 (19 %)
Medel vid förstoppning	2 475 (6 %)	2 932 (18 %)	3 539 (21 %)	4 075 (15 %)	4 802 (18 %)	5 643 (18 %)	6 496 (15 %)	7 293 (12 %)	8 147 (12 %)	9 712 (19 %)	10 597 (9 %)	12 180 (15 %)	12 180 (50 %)
Medel vid hjärtsjukdomar	720 (6 %)	729 (1 %)	771 (6 %)	710 (-8 %)	787 (11 %)	767 (-2 %)	767 (0 %)	728 (-5 %)	724 (0 %)	878 (21 %)	807 (-8 %)	908 (13 %)	908 (25 %)
Melatonin	382 (27 %)	414 (8 %)	369 (-11 %)	422 (14 %)	528 (25 %)	643 (22 %)	686 (7 %)	753 (10 %)	1 125 (50 %)	3 296 (193 %)	5 172 (57 %)	6 494 (26 %)	6 494 (477 %)
Mjukgörande salvor	7 638 (-4 %)	7 714 (1 %)	7 784 (1 %)	7 927 (2 %)	7 241 (-9 %)	7 334 (1 %)	7 233 (-1 %)	6 978 (-4 %)	6 763 (-3 %)	11 819 (75 %)	14 101 (19 %)	15 614 (11 %)	15 614 (131 %)
Preventivmedel - korttidsverkande	5 288 (6 %)	5 030 (-5 %)	4 687 (-7 %)	4 712 (1 %)	3 302 (-30 %)	1 728 (-48 %)	1 700 (-2 %)	2 409 (42 %)	3 326 (38 %)	4 120 (24 %)	4 991 (21 %)	5 352 (7 %)	5 352 (61 %)

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Tabell 19. Fortsättning

Antal uttag per 100 000 barn. Årligt procentuell förändring inom parantes. Läkemedelsgrupper som har minst 500 uttag per 100 000 barn år 2018. "Grupperna" alla läkemedel samt övriga läkemedel är inkluderade.

Läkemedelsgrupp	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2015 vs 2018
Sköldkörtelhormon	742 (7 %)	783 (6 %)	829 (6 %)	862 (4 %)	876 (2 %)	893 (2 %)	894 (0 %)	877 (-2 %)	870 (-1 %)	917 (5 %)	904 (-1 %)	900 (0 %)	900 (3 %)
Smärtstillande medel, inkluderar ej opioider	3 248 (-7 %)	3 288 (1 %)	3 234 (-2 %)	2 998 (-7 %)	2 935 (-2 %)	2 790 (-5 %)	2 668 (-4 %)	2 545 (-5 %)	2 421 (-5 %)	3 137 (30 %)	3 255 (4 %)	3 249 (0 %)	3 249 (34 %)
Vitamin A och D, inkl. kombinationer av de två	46 (-3 %)	45 (-1 %)	46 (0 %)	49 (7 %)	59 (21 %)	61 (3 %)	204 (234 %)	320 (57 %)	446 (39 %)	654 (47 %)	823 (26 %)	916 (11 %)	916 (106 %)
Övriga läkemedel	24 944 (-6 %)	21 219 (-15 %)	21 118 (0 %)	20 457 (-3 %)	18 147 (-11 %)	17 232 (-5 %)	16 088 (-7 %)	16 580 (3 %)	15 950 (-4 %)	17 407 (9 %)	17 879 (3 %)	19 325 (8 %)	19 325 (21 %)

Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Bilaga 3. Beskrivning av decilgrupper

I den disponibla inkomsten ingår alla inkomster. Det är dels inkomster av arbete, det vill säga lön och inkomst av näringsverksamhet, dels skattepliktiga transfereringar som sjukpenning, sjukersättning, aktivitetsersättning, föräldrapenning, A-kassa och pension, dels skattefria transfereringar som barnbidrag, bostadsbidrag, bostadstillägg, studiemedel, ekonomiskt bistånd och underhållsstöd. Dessutom ingår kapitalinkomster. Från summan av dessa belopp dras skatt, återbetalat studiemedel och utbetalat underhållsstöd.¹³ För att göra jämförelser av disponibel inkomst och ekonomisk köpkraft mellan olika typer av hushåll används ett viktsystem där konsumtionen är relaterad till hushållets sammansättning. Den disponibla inkomsten divideras med den konsumtionsvikt som gäller för hushållet. I tabellerna 20 och 21 framgår gränsvärdena för den årliga disponibla inkomsten per konsumtionsenhet (individ) för bostadshushåll.

Tabell 20. Beskrivning av decilgrupper 2015

Lägst respektive högst årlig disponibel inkomst per konsumtionsenhet samt disponibel medianinkomst, inom respektive decilgrupp. Entals kronor.

Decilgrupper 2015	Antal	Lägst disponibel inkomst per konsumtionsenhet	Disponibel medianinkomst	Högst disponibel inkomst per konsumtionsenhet
1:a	197957	-19077369	84336	104484
2:a	197963	104485	121536	137388
3:e	197968	137389	151299	163932
4:e	197963	163933	175731	186691
5:e	197950	186692	197113	207364
6:e	197973	207365	217755	228520
7:e	197960	228521	240147	252984
8:e	197966	252985	267942	286232
9:e	197962	286233	310688	347416
10:e	197962	347417	422963	61948629

¹³ www.scb.se/hitta-statistik/artiklar/2016/Att-jamfora-inkomster-for-hushall/

Tabell 21. Beskrivning av decilgrupper 2018

Lägst respektive högst årlig disponibel inkomst per konsumtionsenhet samt disponibel medianinkomst, inom respektive decilgrupp. Entals kronor.

Decilgrupper 2018	Antal	Lägst disponibel inkomst	Disponibel medianinkomst	Högst disponibel inkomst
1:a	211639	-7445974	89934	111273
2:a	211636	111274	129709	146403
3:e	211635	146404	161399	175162
4:e	211640	175163	187926	199681
5:e	211640	199682	211074	222256
6:e	211640	222257	233592	245298
7:e	211644	245299	257837	271875
8:e	211631	271876	288122	307929
9:e	211640	307930	334412	375537
10:e	211637	375538	467375	195992986

Bilaga 4. Enkät till förskrivare

Enkät till läkare om kostnadsfria läkemedel till barn

Sedan den 1 januari 2016 är läkemedel inom läkemedelsförmånen kostnadsfria för barn och unga under 18 år. Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att följa upp denna reform.

Frågorna i enkäten syftar till att undersöka läkares erfarenheter av och synpunkter på att läkemedel till barn är kostnadsfria samt om reformen på något sätt har påverkat professionens arbetssituation. Resultatet av enkätundersökningen kommer att utgöra en del i Socialstyrelsens uppföljningsrapport (publiceras i oktober 2019). Sveriges Läkarförbund hjälper Socialstyrelsen med administrationen av enkätundersökningen.

Enkäten innehåller 10 frågor med fasta svarsalternativ samt en öppen fråga i slutet av enkäten. Möjlighet att lämna frisvarskommentarer finns till de flesta frågorna. Enkäten tar 5 - 10 minuter att svara på. Det är frivilligt att besvara enkäten men ditt svar är viktigt för att resultatet ska bli så täckande och användbart som möjligt.

Vi ber dig att svara på enkäten så fort som möjligt men senast **den 25 april 2019**.

Klicka [här](#) för att komma till enkäten

Kontakt

Vid frågor om syftet med enkätundersökningen, kontakta:
Staffan Söderberg, Socialstyrelsen
staffan.soderberg@socialstyrelsen.se Tel: 075-247 38 55

Vid tekniska frågor kontakta:
Karl Engblom, Sveriges Läkarförbund
Karl.Engblom@slf.se Tel: 070-790 37 12

Samråd med SKL och NNR

Socialstyrelsen har samrått med Sveriges Kommuner och Landsting och med Näringslivets Regelnämnd i enlighet med förordning (1982:668) om statliga myndigheters inhämtande av uppgifter från näringsidkare och kommuner, inför utformandet och genomförandet av enkäten.

Behandling av personuppgifter

Enkäten skickas till ett urval av Läkarförbundets medlemmar. De mejladresser som används har hämtats från medlemsregistret. Efter att enkätundersökningen avslutas skickar Läkarförbundet avidentifierade enkätsvar till Socialstyrelsen. Den enda uppgiften Socialstyrelsen får från Läkarförbundets medlemsregister är om den svarandes medicinska specialitet. Läkarförbundet och Socialstyrelsen har avtalat om ett gemensamt ansvar för personuppgiftsbehandlingen inom ramen för undersökningen. Genom att besvara enkäten lämnar du ditt samtycke till att uppgifterna behandlas enligt ovan. Det är i denna enkätundersökning inte tillåtet att samla in känsliga personuppgifter, därför uppmanar vi dig att i fritextsvar inte skriva något som kan kopplas till en enskild person.

1. Är du i dagsläget kliniskt yrkesverksam som läkare?

Ja

☐

Nej

☐ Avsluta –

Om ja på fråga 1:

2. Förekommer det att du i arbetet som läkare förskriver läkemedel till barn 0-17 år?

- Ja ☐
- Nej ☐ Avsluta -

Om ja, på fråga 2:

3. Hur länge har du i arbetet som läkare förskrivit läkemedel till barn 0-17 år?

- Mindre än 3 år ☐
- Mer än 3 år ☐

4. Var jobbar du huvudsakligen som klinisk läkare?

- Vårdcentral/husläkarmottagning ☐
- Sjukhus ☐
- Digital vårdgivare ☐
- Annat ☐

5. Under en normal arbetsvecka, ungefär hur många barn 0-17 år förskriver du läkemedel till?

Numeriskt svarsfält för dessa svar

Plats för kommentar:

6. Innan reformen om kostnadsfria läkemedel för barn trädde i kraft, förekom det att du träffade familjer där föräldrarna inte hade råd att hämta ut läkemedel inom förmånen till sina barn?

- Ja ☐
- Nej ☐
- Vet inte/ kan inte bedöma/ förskrev inte läkemedel till barn före kostnadsfriheten ☐

Plats för kommentar:

7. Bedömer du att kostnadsfriheten påverkat efterfrågan bland dina patienter 0-17 år på att få receptbelagda läkemedel inom förmånen?

- Ja, efterfrågan bland mina patienter har ökat ☐
- Nej, kostnadsfriheten har inte påverkat efterfrågan bland mina patienter ☐
- Ja, efterfrågan bland mina patienter har minskat ☐
- Vet inte/ kan inte bedöma/ förskrev inte läkemedel till barn före kostnadsfriheten ☐

Plats för kommentarer

8. Bedömer du att kostnadsfriheten påverkat efterfrågan bland dina patienter 0-17 år på att få receptfria läkemedel förskrivna på recept?

- Ja, efterfrågan bland mina patienter har ökat ☐
- Nej, kostnadsfriheten har inte påverkat efterfrågan bland mina patienter ☐
- Ja, efterfrågan bland mina patienter har minskat ☐
- Vet inte/ kan inte bedöma/ förskrev inte läkemedel till barn före kostnadsfriheten ☐

Plats för kommentarer:

9. Bedömer du att kostnadsfriheten har påverkat konsumtionen av vård bland dina patienter 0-17 år?

Med vårdkonsumtion menas här antal besök inom öppenvård.

- Ja, vårdkonsumtionen bland mina patienter har ökat på grund av kostnadsfriheten ☐
- Nej, vårdkonsumtionen har inte påverkats av kostnadsfriheten ☐
- Ja, vårdkonsumtionen bland mina patienter har minskat på grund av kostnadsfriheten ☐
- Vet inte/ kan inte bedöma/ förskrev inte läkemedel till barn före kostnadsfriheten ☐

Plats för kommentar:

10. Brukar du i samband med förskrivningen av läkemedel till barn informera om att läkemedel inom förmånen är kostnadsfria för barn 0-17 år?

- Ja ☐
- Nej ☐

Plats för kommentar:

11. Har kostnadsfriheten för läkemedel till barn på något sätt inneburit att din arbetssituation förändrats?

- Ja ☐
- Nej, ☐
- Vet inte/ kan inte bedöma/ förskrev inte läkemedel till barn före kostnadsfriheten ☐

Om ja på fråga 10:

11b. På vilket sätt har din arbetssituation förändrats?

12. Är det något du vill framföra i övrigt om reformen rörande kostnadsfria läkemedel till barn, exempelvis om kostnadsfriheten fått några oavsedda konsekvenser?

Tack för dina svar!

Klicka för att skriva ut dina svar.

Bilaga 5. Kvalitetsdeklaration enkätundersökning

Objekt och population

Undersökningen har vänt sig till yrkesverksamma läkare som förskriver läkemedel till barn. Då ingen urvalsram (förteckning/register) med kontaktuppgifter (e-postadresser) finns för den önskade populationen, gjorde Socialstyrelsen bedömningen att den bästa lösningen var att använda Sveriges läkarförbunds medlemsregister som urvalsram. För att identifiera den önskade populationen "läkare som förskriver läkemedel till barn" valdes läkare med specialistkompetens inom allmänmedicin, barn- och ungdomsmedicin respektive barn- och ungdomspsykiatri. För att filtrera fram "yrkesverksamma" och "förskriver" användes två inledande frågor i enkäten.

Urval

Urvalet består av ett stratifierat urval av läkare med specialistkompetens inom allmänmedicin, barn- och ungdomsmedicin respektive barn- och ungdomspsykiatri ur Sveriges läkarförbunds medlemsregister. Obundna slumpmässiga urval är dragna inom strata. Urvalet har fördelats med utgångspunkt i möjligheten att kunna särredovisa varje specialitet.

Urvalsdragningen genomfördes av Sveriges läkarförbund efter instruktioner från Socialstyrelsen.

Tabell 20. Population och urval per stratum

Specialitet (stratum)	Brutto-population	Urval	Avslutade enkäter	Svar på fråga 3 och avslutade enkäter	Täckning	Nettopopulation
Allmänmedicin	5 691	596	162	142	0,88	4 988
Barn och ungdomsmedicin	1 618	578	176	167	0,95	1 535
Barn och ungdomspsykiatri	444	444	124	113	0,91	405
Totalt	7 753	1 618	462	422	0,91	6 928

Täckning = (Svar på fråga 3 och avslutade enkäter) / avslutade enkäter
Nettopopulation = Täckning x Bruttopopulation

Frågor och variabler

Frågekonstruktören utformade frågorna i samarbete med projektledaren, statistikern, sakkunnig inom Socialstyrelsen samt representanter för Sveriges läkarförbund (sakkunnig och statistiker). Enkäten skickades även för test till två läkare. Enkäten omarbetades efter synpunkter. Enkäten består av tolv frågor med av en blandning av frågor med fasta svarsalternativ och öppna frågor. Frågorna 1 och 2 är frågor för att filtrera bort dem som inte tillhör målpopulationen (icke verksamma och/eller icke förskrivande läkare). Frågorna

3, 4 och 5 är bakgrundsfrågor rörande verksamma år som läkare, arbetsplats och antal barn som förskrivs till under en normal vecka. Frågorna 6–12 utgör enkätens analysfrågor.

Förutom de variabler som samlades in via enkäten hämtades uppgift om specialitet (stratumtillhörighet) från Sveriges läkarförbunds register. Samråd har genomförts med SKL och NNR.

Datainsamling

Datainsamlingen har genomförts via en webbenkät som distribuerades av Sveriges läkarförbund. Ett informationsbrev skickades till utvalda respondenter via e-post med länk till enkäten. Datainsamlingen pågick under april 2019. Under insamlingsperioden skickades två påminnelser.

Svarsfrekvens

Undersökningen svarsfrekvens är 29 procent. Svarsfrekvensen för strata ligger mellan 27 och 30 procent.

Tabell 21. Svarsfrekvens per stratum

Specialitet (stratum)	Andel svar, procent
Allmänmedicin	27
Barn- och ungdomsmedicin	30
Barn- och ungdomspsykiatri	28
Totalt	29

Bortfall

Bortfallet består dels av de utvalda läkare som inte besvarat enkäten och av partiellt bortfall, dvs. att de inte besvarat vissa frågor i enkäten. Om bortfallet skiljer sig från de svarande, med avseende på undersökningsvariablerna, så kan skattningarna som grundar sig på enbart de svarande vara missvisande. Bortfallet skiljer sig inte nämnvärt mellan de olika strata (specialitet). Bortfallet i den här undersökningen är relativt stort, drygt 70 procent av tillfrågade läkare har inte svarat. Det innebär att svaren (skattade andelar) får tolkas med stor försiktighet. Resultaten ger en fingervisning om hur läget är, men ska inte uppfattas allt för exakt.

Tillförlitlighet

Ramtäckning

Täckningsfel kan bestå av undertäckning och övertäckning. Undertäckning innebär att det finns läkare som ingår i populationen men saknas i urvalsramen. Vid övertäckning finns läkare som inte ingår i populationen i urvalsramen.

Den ideala populationen, som vi vill kunna uttala oss om, är yrkesverksamma läkare som förskriver läkemedel till barn.

Genom att vi vänt oss till läkare med specialistkompetens inom allmänmedicin, barn- och ungdomsmedicin respektive barn- och ungdomspsykiatri som är medlemmar i Sveriges läkarförbund uppstår undertäckning.

Det finns två huvudsakliga orsaker till undertäckning i denna undersökning. Sveriges läkarförbund organiserar inte alla läkare i Sverige. De icke-organiserade har alltså ingen möjlighet att komma med i urvalet, se tabell 3 nedan. Vidare finns en del läkare på framför allt vårdcentraler, som är yrkesverksamma och förskriver läkemedel till barn, men som inte har specialistbevis. Dessa har inte heller haft någon möjlighet att komma med i urvalet.

Undertäckningen är ett problem i undersökningen som även den gör att resultaten bör tolkas med försiktighet.

Tabell 22. Anslutningsgrad till Sveriges läkarförbund per specialitet

Specialitet (stratum)	Anslutningsgrad, procent
Allmänmedicin	70
Barn- och ungdomsmedicin	86
Barn- och ungdomspsykiatri	87

Övertäckningen har hanterats genom två inledande frågor: om respondenten är yrkesverksam respektive förskriver läkemedel till barn. Har respondenten svarat nej på någon av dessa frågor så har det tolkats som övertäckning.

Mätfel

I samband med datainsamlingen kan slumpmässiga och systematiska fel uppstå, dessa kallas mätfel. De svar som ges kan vara osäkra eller felaktiga. De kan även bli fel på grund av att de som svarar har missuppfattat frågan. Det finns en rad olika källor till dessa fel, bl.a. mätinstrumentet, informationssystemet och insamlingssättet.

För att minska risken för mätfel har enkäten konstruerats med ämneskunig, enkätfrågekonstruktör, en statistiker, representanter för Sveriges läkarförbund, en pilotundersökning samt i samråd med SKL och NNR.

Bearbetning

Vid den manuella och maskinella bearbetningen av datamaterialet kan bearbetningsfel uppstå. Exempel på bearbetningsfel är registreringsfel och kodningsfel.

Då insamlingen skett via en webbenkät med fasta alternativ bör registreringsfelet var litet.

Beskrivning av data

Viktberäkning och estimation

Skattningarna av redovisade andelar är viktade med rak uppräknings inom strata (st).

$$\text{Vikt}_{st} = N_{st}/n_{st}$$

Statistiska mått

Andelar.

Bilaga 6. Använda register

Inom uppdraget har följande register för dataframställning använts:

- Registret över totalbefolkningen (RTB)
- Inkomst- och taxeringsregistret (IoT)
- Longitudinell integrationsdatabas för sjukförsäkrings- och arbetsmarknadsstudier (LISA)
- Utbildningsregistret
- Läkemedelsregistret
- Registret över ekonomiskt bistånd

Referenser

1. Socialstyrelsen. Uppföljning av reformen om kostnadsfria läkemedel till barn. Delrapport 2018.
2. Regeringskansliet. Ds 2014:42 Kostnadsfria läkemedel till barn 2014.
3. Socialstyrelsen. Läkemedelsförsäljning i Sverige – analys och prognos 2018–2020. 2018.
4. Socialstyrelsen. Statistik om läkemedel till barn. 2016.
5. Annika Andersson. Att avstå från receptbelagda läkemedel - en kartläggning av vem och varför. 2007.
6. Läkemedelsverket. Sömnstörningar hos barn - kunskapsdokument. 2015.
7. Kartläggning av melantonianvändning hos barn och ungdomar 2019.
8. Michael Marmot, Ruth Bell, Ellen Bloomer, Peter Goldblatt. WHO European review of social determinants of health and the health divide. Lancet 2012; 380: 1011–29. 2012.
9. Mackenbach JP. The persistence of health inequalities in modern welfare states: The explanation of a paradox. Social Science & Medicine 75 (2012) 761-769. 2012.
10. Socialstyrelsen. Regionala skillnader i användningen av adhd-läkemedel bland barn - en fråga om psykosocial miljö?. 2018.
11. Socialstyrelsen. Digitala vårdtjänster riktade till patienter Kartläggning och uppföljning. 2018.
12. Björn Ekman HT, Jens Wilkens, Anna Lindgren, Olof Cronberg, Eva Arvidsson. Utilization of digital primary care in Sweden: Descriptive analysis of claims data on demographics, socioeconomics, and diagnoses. 2019.