

Läkemedelsförsäljningen i Sverige – analys och prognos

Maj 2005

Socialstyrelsen klassificerar sin utgivning i olika dokumenttyper. Detta är *uppföljning och utvärdering*. Med detta avses uppföljningar och utvärderingar av reformer, lagstiftning och/eller verksamheter som kommuner, landsting och enskilda huvudmän bedriver inom hälso- och sjukvård, socialtjänst, hälsoskydd och smittskydd. Innehåller analys av insamlade data och i förekommande fall forskning som man kan dra generella slutsatser av och som kan användas för att förändra eller utveckla verksamheten. Kraven på vetenskaplighet tillgodoses genom att vetenskaplig expertis medverkar. I första hand bör Socialstyrelsens vetenskapliga råd anlitas.

ISBN 91-7201-955-7
Artikelnr 2005-103-1

Publicerat www.socialstyrelsen.se, maj 2005

Förord

Socialstyrelsen har enligt regeringens beslut den 16 december 2004 uppdraget att analysera orsakerna bakom utvecklingen av läkemedelsförsäljningen samt redovisa en bedömning av kostnadsutvecklingen för läkemedelsförmånerna under åren 2005–2009 och vilka faktorer som påverkar denna. Socialstyrelsen skall i slutrapporten särskilt belysa och analysera orsakerna bakom skillnaderna i läkemedelsanvändning mellan olika landsting/regioner/kommuner och mellan kvinnor och män. Analysen skall omfatta den totala läkemedelsförsäljningen, dvs. läkemedelsförmånerna, receptfria läkemedel, egenavgifter och läkemedel som används i slutenvård. Analysen skall delrapporteras senast den 15 maj och slutrapporteras senast den 15 november 2005. Socialstyrelsen skall i arbetet samråda med Läkemedelsförmånsnämnden.

Från och med år 2003 lämnar Socialstyrelsen varje halvår en uppföljning och utvärdering med analyser av förändringar i läkemedelsförsäljningen och en bedömning av kostnaderna för läkemedelsförmånen de närmaste fem åren. Uppgifterna hämtas huvudsakligen från Hälso- och sjukvårdens läkemedelsregister och från Apoteket AB:s register.

Rapporterna vänder sig till regering, riksdag, landsting, läkemedelskommittéer och deras informationsläkare samt övriga intresserade. De publiceras på Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se.

Föreliggande rapport innehåller en översikt över läkemedelskostnadernas utveckling de senaste åren och en bedömning av kostnaden för läkemedelsförmånen åren 2005–2009. Rapporten har sammanställts av Örjan Ericsson tillsammans med Stefan Håkansson vid Socialstyrelsens enhet för uppföljning och utvärdering inom Hälso- och sjukvårdsavdelningen. De statistiska bearbetningarna har genomförts i samarbete med Andrejs Leimanis vid Epidemiologiskt centrum, Socialstyrelsen.

Bo Lindblom
Avdelningschef
Hälso- och sjukvårdsavdelningen

Innehåll

<i>Förord</i>	3
<i>Sammanfattning</i>	7
<i>Inledning</i>	8
<i>Data och metoder</i>	9
<i>Översikt över läkemedelsförsäljningen</i>	11
De senaste 20 åren	11
De senaste två åren	13
<i>Bedömning av kostnadsutvecklingen för läkemedelsförmånen</i>	18
Förväntad kostnadsutveckling åren 2005–2009	20
Underliggande trend	20
Effekter av förväntad introduktion av generika	21
Effekter av förväntad introduktion av nya läkemedel.....	22
Övriga effekter på kostnadsutvecklingen.....	23
<i>Referenser</i>	25
<i>Bilaga 1: Data och metoder</i>	27
ATC-systemet.....	27
Mått på läkemedelsförsäljning.....	27

Sammanfattning

- Kostnaderna för läkemedelsförmånen väntas år 2005 minska med 1 procent jämfört med år 2004.
- Åren 2006–2009 väntas kostnadsökningen variera mellan 0,1 och 3 procent.
- Förmånskostnaden för ett antal läkemedel som är föremål för generiskt utbyte har minskat med mellan 39 och 89 procent jämfört med tiden före generikareformen.

Bedömning av kostnaderna för läkemedelsförmånen år 2005–2009

Kostnaderna för läkemedelsförmånen inklusive förbrukningsartiklar ökade åren 1985–2004 med i genomsnitt 5 procent per år (fasta priser) men med stora variationer mellan åren. Efter ändringarna i reglerna för läkemedelsförmånen i oktober 2002 har kostnaderna varit nästan oförändrade.

Läkemedelskostnaderna i slutenvården ökar allt snabbare. Orsaken är dels introduktion av nya läkemedel, dels att landstingen för över läkemedelskostnader från förmånen till slutenvården där priserna på grund av upphandlingsavtal är lägre. Denna överföring bidrar till att hålla förmånskostnaderna nere.

De för läkemedelsförmånen mest kostsamma läkemedelsgrupperna är antidepressiva medel, immunsuppressiva medel (bl.a. medel mot reumatoid artrit) och insulin. Kostnaden för immunsuppressiva medel ökar kraftigt medan kostnaden för antidepressiva medel, magsårsmedel och blodfettsänkande medel fortsätter att minska. Teststickor för blodglukos är den enskilda vara som kostar mest för läkemedelsförmånen. Därefter följer ett preparat mot blodarsjuka och tillväxthormon.

En bedömning av kostnaderna för läkemedelsförmånen för åren 2005–2009 har gjorts genom att en uppskattad underliggande trend har justerats för kända och förväntade förändringar. Effekten av patentutgångar och kostnadsökningar på grund av introduktion av nya läkemedel har uppskattats. Kostnaderna för läkemedelsförmånen (inklusive förbrukningsartiklar och livsmedel, exklusive moms) uppskattas år 2005 bli 18,4 miljarder kronor (minskning 0,6 procent jämfört med föregående år), 18,4 miljarder (ökning 0,1 procent) år 2006, 18,7 miljarder (1,7 procent) år 2007, 19,3 miljarder (cirka 3 procent) år 2008 och 19,9 miljarder (cirka 3 procent) år 2009. Bedömningen av kostnadsutvecklingen gäller under förutsättning att reglerna för läkemedelsförmånen inte ändras.

Inledning

Socialstyrelsens har sedan år 2003 två gånger om året gjort bedömningar av kostnadsutvecklingen för läkemedelsförmånen. Till en början byggdes kostnadsbedömningarna på framskrivning av historiska trender. Logiken bakom denna metod var att tidigare reformer av läkemedelsförmånssystemet gav besparingar för samhället på kort sikt, men introduktion av nya läkemedel gjorde att kostnadsökningen återgick till cirka 10 procent per år.

Trendframskrivningen visade sig dock leda till en överskattning av kostnadsökningen. Orsaken var delvis, men inte enbart, det trendbrott som framkallades av generikareformen i oktober 2002. Åren 1998–2002 var kostnadsökningarna något lägre än tidigare. Detta kan ha berott på förändringarna i läkemedelsförmånen år 1997¹, men det är också möjligt att andra orsaker har bidragit. Ökade insatser från läkemedelskommittéer och andra kan ha ökat kostnadsmedvetenheten hos förskrivare och allmänhet vilket både på kort och längre sikt skulle kunna bidra till en långsammare kostnadsutveckling. Socialstyrelsen gjorde år 2004 en uppföljning av läkemedelskommittéernas arbete och konstaterade att detta arbete påverkat förskrivningen av flera läkemedelsgrupper i positiv riktning. Det är möjligt att kommittéerna därigenom bidragit till den minskade ökningstakten. Den långsammare kostnadsutvecklingen tillsammans med trendbrottet på grund av generikareformen gör det svårt att bygga en bedömning av de framtida kostnaderna för läkemedelsförmånen på en historisk trend.

Den metod, som nu används, bygger på identifiering av den underliggande och mycket stabila utvecklingen av antalet definierade dygnsdoser. Kostnadsutvecklingen beräknas sedan med hjälp av kännedom om pågående kontinuerliga förändringar och förväntade kommande händelser, t.ex. generikaintroduktioner.

En analys av skillnader i läkemedelsanvändning mellan landsting/regioner kommer i rapporten i november 2005.

¹ "Förmånstrappan" infördes och kostnadsfriheten för vissa läkemedel avskaffades.

Data och metoder

Läkemedelsregister

En stor del av de data, som föreliggande rapport bygger på, har hämtats från Hälso- och sjukvårdens läkemedelsregister som sedan år 1998 är under uppbyggnad på Socialstyrelsen. Registret bygger på Apoteket AB:s receptregister. I registret finns uppgifter om läkemedlets ATC-kod (se bilaga 1), namn, styrka och förpackning. Uppgifter om dosering finns men inte i sådan form att de kan bearbetas statistiskt. Uppgift om förskrivningsorsak finns inte.

Patientens kön, ålder och bostadsort (län, kommun, församling) finns i läkemedelsregistret men däremot inte personnummer. Det innebär att det är möjligt att analysera köns- och ålderskillnader och geografiska skillnader i läkemedelsförsäljningen, men man kan inte se en individs hela läkemedelsuttag. Det går heller inte att koppla en individs läkemedelsanvändning till uppgifter i andra individbaserade register (patientregistret, cancerregistret, födelse- och missbildningsregistret).

Uppgifter om försäljning av läkemedel till slutenvård och om receptfri försäljning har hämtats från Apoteket AB:s register.

Alla data som presenteras i rapporten bygger således på apotekens försäljning av läkemedel. Försäljningen sker dels till allmänheten mot recept eller utan recept, dels till slutenvården. När det gäller läkemedel mot recept blandar man ibland ihop begreppen förskrivning, försäljning och användning men dessa begrepp är inte synonyma. En del av de läkemedel som förskrivs köps inte ut från apoteket, och en del av de läkemedel som köps ut används inte av patienten eller används inte enligt ordinationen. Vi har ofullständig kunskap om hur stora skillnaderna i verkligheten är mellan förskrivning, försäljning och användning.

Generika och parallellimporterade preparat – produktnamn

Alla läkemedelssubstanser har ett fastställt generiskt namn. Samma läkemedelssubstans kan finnas i flera olika produkter, t.ex. tabletter och stolpiller, vilka också kan produceras av flera olika företag efter det att patentet på läkemedlet har gått ut. De har då olika produktnamn och ofta också olika pris.

Som exempel kan nämnas en substans med det generiska namnet aciklovir (ATC-kod J05AB01). Aciklovir används mot infektioner med herpesvirus och är det verksamma ämnet i bl.a. Zovirax och Geavir. En förpackning Zovirax som innehåller 25 tabletter med 200 mg aciklovir kostar 201,50 kronor och motsvarande förpackning av Geavir kostar 53,50 kronor (mars 2005).

Samma läkemedel kan importeras till Sverige av olika företag och från olika länder, parallellimport. Parallellimporterade läkemedel skall inte skilja sig från varandra ur terapeutiskt hänseende. Mindre skillnader kan dock

förekomma, t.ex. färg och brytskåra. Läkemedlet har i allmänhet samma namn som originalpreparatet, men namnet åtföljs av namnet på importören. Exempel är Valtrex GlaxoSmithKline (originalpreparat) och Valtrex Ori-farm (parallellimporterat preparat). Priset på de parallellimporterade preparaten är något lägre än på originalpreparaten.

Mått på läkemedelsförsäljningen

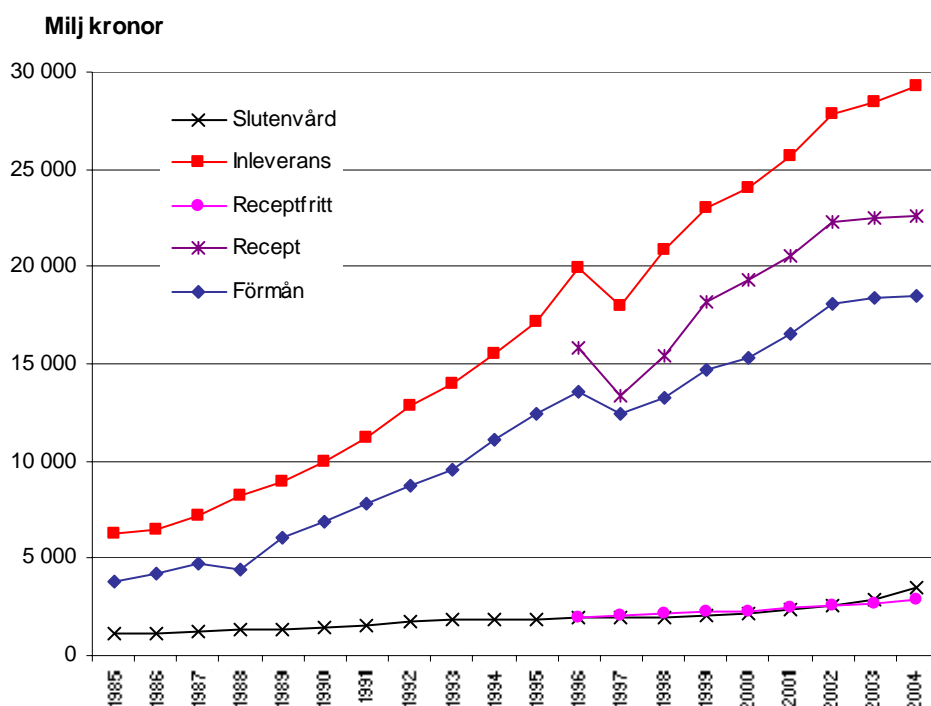
Patienternas, kundernas och sjukvårdens köp av läkemedel kan redovisas och mätas på flera olika sätt beroende på syftet med presentationen. Vid uppföljning av kostnader (se bilaga 1) är givetvis kronor den vanliga måttenheten men när mängden läkemedel är av intresse används DDD (Definierade DygnsDoser), DDD per 1000 invånare per dag eller antal recipen (se bilaga 1). När man diskuterar kostnader för läkemedel på recept måste man hålla isär kostnaden för läkemedelsförmånen och totalkostnaden, dvs. summan av förmånskostnad och patientens egenavgift.

Läkemedel på recept är inte momsbelagda. Det är däremot förbrukningsartiklar och läkemedel som säljs utan recept. I rapporten diskuteras kostnader exklusive moms när inte annat anges.

Översikt över läkemedelsförsäljningen

De senaste 20 åren

Figur 1 ger en översikt över läkemedelskostnadernas utveckling de senaste 20 åren. Den 1 januari 1993 infördes referensprissystemet vilket innebar att läkemedelsförmånssystemet endast ersatte kostnader upp till 10 procent över kostnaden för billigaste tillgängliga generiska läkemedel (preparat med samma läkemedelssubstans som originalpreparatet). Samma år överfördes ansvaret för priskontrollen från Apoteksbolaget AB till dåvarande Riksförsäkringsverket. Den 1 januari 1997 gjordes en större ändring i läkemedelsförmånssystemet. "Förmånstrappan" med högkostnadsskydd infördes och kostnadsfriheten för vissa läkemedel avskaffades. Detta ledde till en "hamstring" av receptförskrivna läkemedel i slutet av år 1996 och en efterföljande minskning av försäljningen år 1997 (figur 1). År 1999 höjdes maximibeloppet i högkostnadsskyddet och den 1 oktober 2002 infördes generiskt utbyte på apotek och samtidigt avskaffades referensprissystemet.



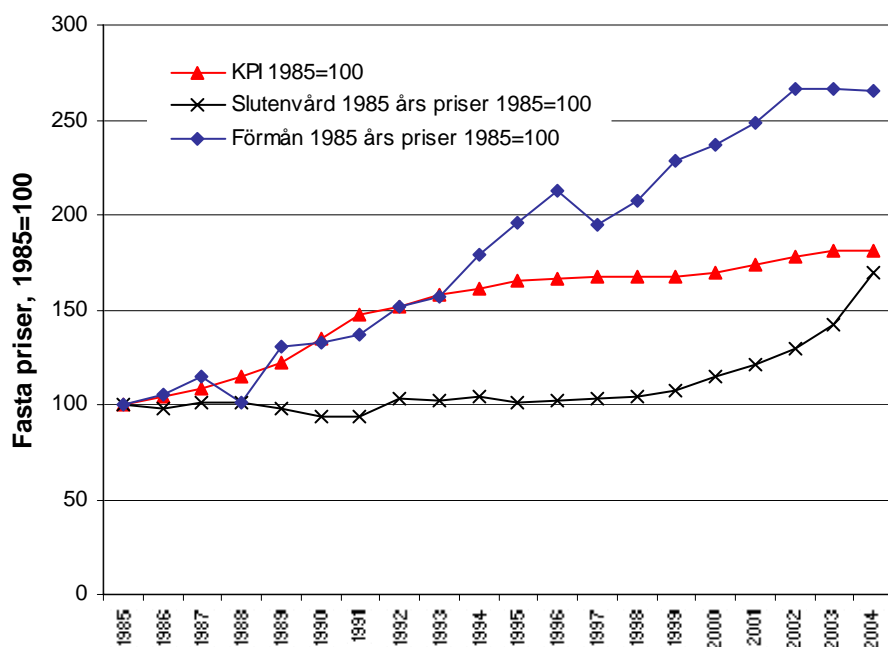
Figur 1. Läkemedelsförsäljningens utveckling i Sverige, ej inflationsjusterade priser. Med inleverans avses leverans av läkemedel till apoteken. Förmån är inklusive förbrukningsartiklar och livsmedel men exklusive moms. Övriga är enbart läkemedel (ATC-kod A–V) inklusive moms.

Källa: Apoteket AB

Inleveransens (dvs. leverans av läkemedel till apoteken) årliga kostnadsökning uttryckt i 2004 års priser (inflationsjusterat med konsumentprisindex) har under åren 1985–2004 varit i genomsnitt 5 procent (variation mellan 0 och 16 procent med undantag för år 1997).

Kostnaderna för läkemedel på recept minskade år 1997 med 16 procent och ändrades åren 1998–2004 med mellan -1 och 18 procent (fasta priser). Kostnaderna för läkemedel utan recept har ändrats med mellan -3 och 8 procent per år sedan år 1997. Läkemedelsförmånens kostnader (inklusive förbrukningsartiklar och livsmedel) har åren 1985–2004 ökat med mellan 0 och 14 procent per år utom år 1988–89 (ändrade betalningsrutiner) och år 1997 (hamstringseffekt). Den genomsnittliga ökningen har varit 5 procent. Åren 2003–2004, dvs. efter ändringarna i läkemedelsförmånsreglerna i oktober 2002, har kostnaderna för läkemedelsförmånen varit nästan oförändrade.

I slutenvården ökade läkemedelskostnaderna med i genomsnitt 6 procent per år i löpande priser åren 1986–2004. Räknat i fasta priser var kostnaderna i stort sett oförändrade åren 1985–1998 men började därefter öka (figur 2). Förklaringen till denna ökning är säkerligen till en del introduktion av nya läkemedel men också en strävan från landstingens sida att föra över läkemedelskostnader från recept till slutenvård. Det gäller exempelvis läkemedel mot cancer. På grund av landstingens upphandlingsavtal är priserna på slutenvårdens läkemedel lägre än på läkemedel på recept. I absoluta tal är kostnaderna för läkemedel i slutenvården betydligt lägre än för läkemedel på recept, se figur 1, men ökningen de senaste åren är ändå så stor att överföringen av kostnader från förmån till slutenvård bidrar till att hålla kostnaderna för läkemedelsförmånen nere.



Figur 2. Kostnadsutvecklingen för läkemedelsförmånen och för läkemedel i slutenvård. Fasta priser, index med basår 1985 och jämförelse med konsumentprisindex (KPI).

Källa: Apoteket AB, SCB

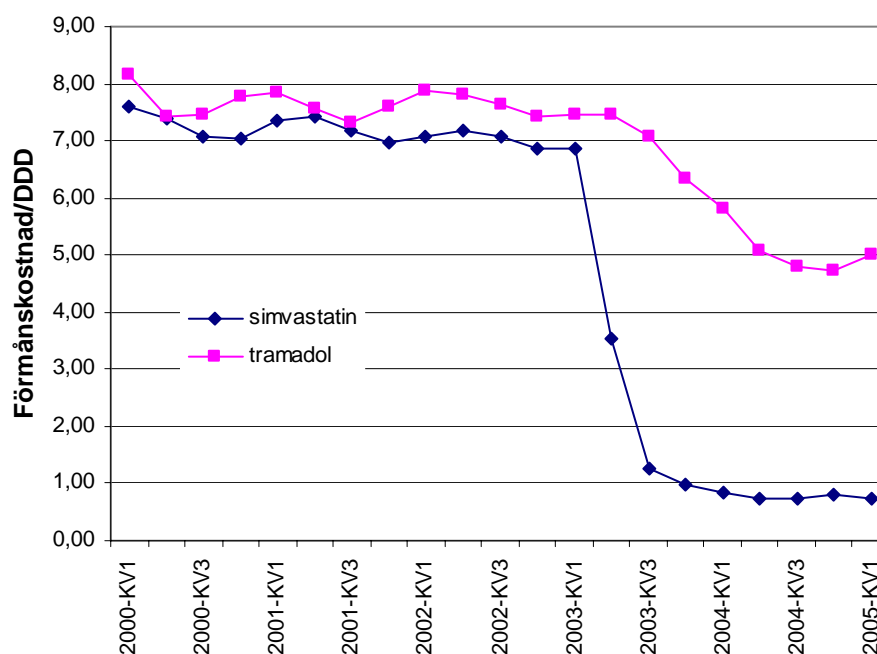
De senaste två åren

Kostnaderna för läkemedelsförmånen (inklusive förbrukningsartiklar och livsmedel, exklusive moms) var 18 424 miljoner kronor år 2003, en ökning jämfört med föregående år med 2 procent. År 2004 ökade kostnaderna med endast 0,3 procent till 18 483 miljoner kronor. Orsaken till den låga ökningstakten är generiskt utbyte och upphört patentskydd för några av de mest använda läkemedlen. Generika har fått snabbt genomslag och omedelbart sänkt kostnaderna. En fortsatt kostnadsminskning har därefter skett beroende på konkurrens och ytterligare sänkta priser på generika. Förmånskostnaden för ett antal läkemedel (omeprazol, karvedilol, felodipin, kaptopril, lisinopril, simvastatin, ciprofloxacin, flukonazol, citalopram, paroxetin) har minskat med i genomsnitt 70 procent (variation mellan 39 och 89 procent) efter introduktion av generika. Att kostnaderna för förmånen minskar så mycket beror både på prissänkningen och på att patientandelen av läkemedelskostnaden ökar (patienten avancerar långsammare i högkostnads-skyddets ”trappa”).

Gabapentin används mot epilepsi och vissa typer av smärta. Generika introducerades år 2004 men Läkemedelsverket bedömde att utbyte inte var möjligt. Effekten på kostnaden blev därför obetydlig.

Generika till det antidepressiva medlet mirtazapin har introducerats. Den mest använda formen av originalläkemedlet Remeron, en munlöslig tablett, kan emellertid inte bytas ut och effekten på kostnaden har blivit liten.

Tramadol, ett smärtlindrande medel, är exempel på ett läkemedel där generika fanns redan lång tid före reformen i oktober 2002. Kostnaden, räknat i förmånskostnad per DDD, sjönk långsamt fram till början av år 2003. Därefter sjönk kostnaden snabbare men inte alls så dramatiskt som för de läkemedel som förlorat patentskyddet efter reformen (figur 3).

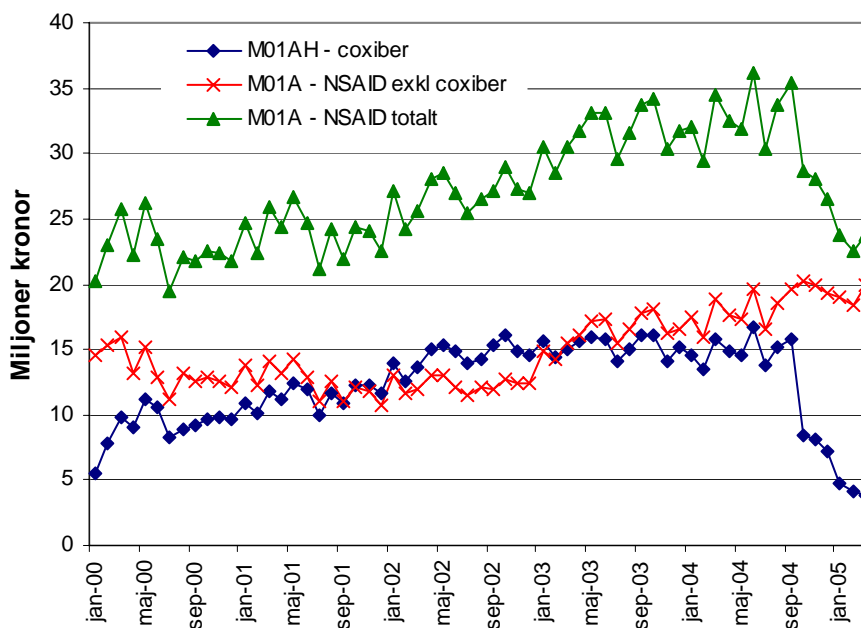


Figur 3. Kostnadsutvecklingen för simvastatin och tramadol de senaste åren.

Källa: Apoteket AB

Kostnadsutvecklingen för de läkemedelsgrupper (terapeutisk grupp, fyrstäl- lig ATC), som innehåller läkemedel som påverkats kraftigt av generikautby- tet, liknar utvecklingen för de enskilda läkemedlen men ytterligare en effekt kan märkas. Ett exempel är medel mot magsår (A02B). Före generikarefor- men pågick ett skifte från omeprazol till det billigare lansoprazol. När ome- prazol förlorade patentskyddet blev detta billigast på grund av konkurrens mellan generika. Därefter vidtog ett långsammare skifte från lansoprazol till omeprazol. Detta har bidragit till den pågående minskningen av kostnaderna för gruppen som helhet.

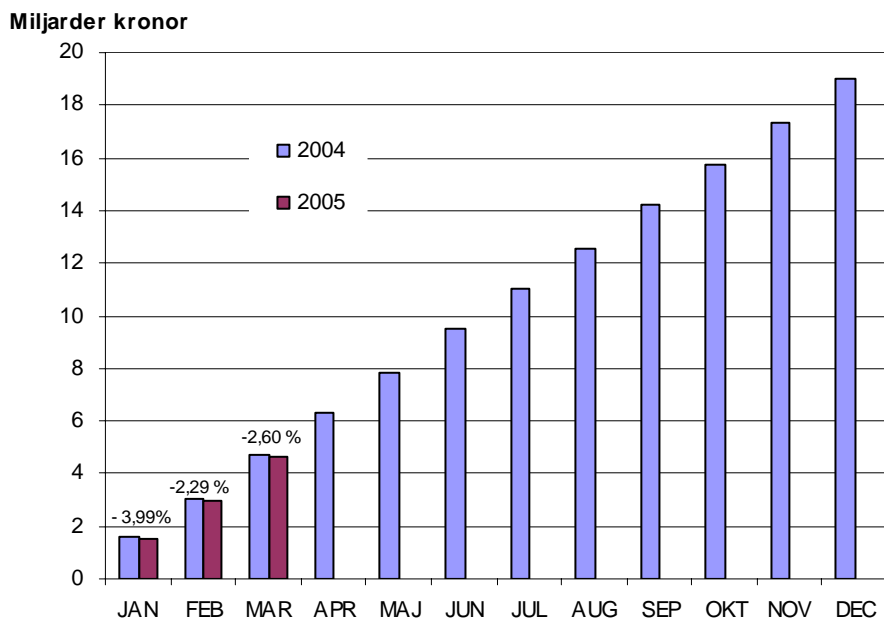
Det finns även viktiga händelser de två senaste åren som inte rör förmåns- systemet. I september 2004 drog det antiinflammatoriska läkemedlet rofe- coxib (Vioxx) in då man fann att det ökade risken för hjärtkärlsjukdom. Se- nare drogs även valdecoxib (Bextra) in på grund av allvarliga hudbiverk- ningar. Användningen av övriga coxiber (celecoxib och etoricoxib) har ock- så minskat kraftigt. Någon motsvarande ökning av andra icke-steroida antiinflammatoriska läkemedel (NSAID) har inte skett utan förmånskostna- den för gruppen som helhet har minskat (figur 4). När coxiberna introduce- rades år 1999 minskade inte användningen av konventionella NSAID. En möjlig förklaring till dessa iakttagelser är att coxiberna till största delen för- skrivs till patienter som av någon anledning inte kan använda konventionel- la NSAID.



Figur 4. Utvecklingen av förmånskostnaden för icke-steroida antiinflammatoriska läkemedel (NSAID) under perioden januari 2000–mars 2005.

Källa: Apoteket AB

Kostnaden för dosdispensering ingår från och med år 2005 inte längre i apo- teksmarginalen. Marginalen sänktes därför den 1 januari 2005 vilket sänkte läkemedelspriserna och därmed kostnaderna för läkemedelsförmånen. Kost- naderna första kvartalet 2005 visas i figur 5.



Figur 5. De ackumulerade kostnaderna för läkemedelsförmånen (inklusive förbrukningsartiklar och livsmedel, exklusive moms) år 2004 och januari–mars 2005. Procentsiffrorna visar ändring jämfört med föregående år.

Källa: Socialstyrelsen

Kostnaderna för antidepressiva läkemedel minskar (tabell 1). Samtidigt ökade volymen mätt i antal DDD den senaste tolv månadersperioden med 4 procent jämfört med föregående period. Det innebär att ökningstakten är lägre än under 1990-talet. Kostnadsminskningen beror mest på att priset på citalopram har sjunkit på grund av generikakonkurrens.

Den kraftiga kostnadsökningen för immunsuppressiva medel beror främst på ökad användning av etanercept (tabell 2) och det nya läkemedlet adalimumab som båda används för behandling av reumatoid artrit. Förmånskostnaden för infliximab, som har samma användningsområde, minskade kraftigt men samtidigt ökade kostnaden i slutenvård ungefär lika mycket.

Kostnaderna för insulin ökar på grund av ändrade behandlingsprinciper, som bl.a. innebär ökad användning av långverkande och mycket kortverkande insuliner.

Utvecklingen av kostnaderna för läkemedel vid magsår och gastroesofageal reflux liknar den för antidepressiva läkemedel. Kostnaderna har minskat på grund av att ett dominerande läkemedel, omeprazol, har förlorat patentskyddet och utsatts för generikakonkurrens. Den stora prissänkningen på omeprazol har också lett till en förskjutning av användningen från andra läkemedel i gruppen, främst lansoprazol, till omeprazol. Volymen räknat i DDD har jämfört med föregående tolv månadersperiod ökat med 6 procent.

Läkemedel inom gruppen Adrenergika inhalationer används vid astma. Kostnadsökningen beror på ändrade behandlingsprinciper, som innebär större användning av dyrare kombinationspreparat, vilka innehåller både steroider och adrenergika. Symbicort (formoterol och övriga antiastmatika, tabell 2) står för den största delen av kostnadsökningen.

I gruppen Cytokiner och immunmodulerande medel finns bl.a. läkemedel mot multipel skleros och hepatit C. Kostnadsökningen beror på ökad användning av interferon beta-1a (mot MS), glatirameracetat (mot MS) och pegfilgrastim (stimulerar bildningen av vita blodkroppar).

Användningen av kolesterol- och triglyceridsänkande (blodfettsänkande) medel ökade den senaste tolv månaders perioden med 15 procent. Förmånskostnaderna minskade däremot (tabell 1). Orsaken är dels prissänkning på simvastatin på grund av generikakonkurrens, dels en pågående förskjutning av användningen till simvastatin från andra dyrare läkemedel i gruppen. Det gäller framför allt atorvastatin (tabell 2).

Blodanalysmaterial är inte läkemedel men ingår i läkemedelsförmånen och är kostnadsfria för patienten. Teststickor för glukos, som används av diabetiker för behandlingskontroll, står för huvuddelen av kostnaden (tabell 2). Takten i kostnadsökningen har tidigare varit hög men den har nu minskat och kan möjligen vändas till en minskning. Anledningen är att vissa landsting har börjat upphandla teststickor och begränsa förskrivningen till ett mindre sortiment.

Gruppen Vitamin K och andra koagulationsfaktorer domineras helt av medel som används vid blödarsjuka (tabell 2). Kostnaderna varierar något mellan åren utan att visa någon klar tendens.

Kostnaderna för neuroleptika har ökat avsevärt de senaste åren. Orsaken är övergång till nya läkemedel som är dyrare än de äldre.

Tabell 1. Läkemedelsförmånskostnad exklusive moms för de tio mest kostsamma läkemedelsgrupperna under de senaste två åren, förändring samt förmånens skattade andel av totalkostnaden för varje läkemedelsgrupp.

	Milj kronor april 2004– mars 2005	Milj kronor april 2003– mars 2004	Föränd- ring (%)	Läkemedels- förmånens andel av total- kostnaden april 2004–mars 2005 (%)
1 N06A – antidepressiva medel	912	987	-7	75
2 L04A – immunsuppressiva medel	852	704	21	98
3 A10A – insuliner	732	679	8	100*
4 A02B – medel vid magsår och gastroesofageal reflux	669	750	-11	74
5 R03A – adrenergika inhalationer	656	641	2	79
6 L03A – cytokiner och immunmodulerande	626	607	3	97
7 C10A – kolesterol- och triglyceridsänkande medel	593	726	-18	77
8 Y82F – blodanalysmaterial	576	572	1	100
9 B02B – vitamin k och andra koagulationsfaktorer	528	482	10	cirka 100
10 N05A – neuroleptika	467	410	14	83

*Landstingen står för den del av kostnaden som inte faller inom läkemedelsförmånen.

Källa: Socialstyrelsen

Tabell 2. Läkemedelsförmånskostnad för de tio mest kostsamma läkemedelssubstanserna under de senaste två åren, förändring samt förmånens skattade andel av totalkostnaden.

	Milj kronor april 2004– mars 2005	Milj kronor april 2003– mars 2004	Förändring (%)	Läkemedelsförmånens andel av totalkostnaden april 2004–mars 2005 (%)
1 Y82FA00 – teststickor för glukos	547	542	1	100
2 B02BD02 – antihemofili-faktor a (faktor VIII)	372	327	14	cirka 100
3 H01AC01 – somatropin	343	351	-2	99
4 L04AA11 – etanercept	309	202	53	99
5 N06AB06 – sertralin	305	322	-5	76
6 C10AA05 – atorvastatin	286	327	-12	82
7 L03AB07 – interferon beta-1a	280	267	5	99
8 R03AK07 – formoterol och övriga antiastmatika	237	201	18	80
9 A02BC03 – lansoprazol	233	287	-19	76
10 C07AB02 – metoprolol	231	231	0	64

Källa: Socialstyrelsen

Bedömning av kostnadsutvecklingen för läkemedelsförmånen

I projektet ”Att prognostisera läkemedelskostnaderna – problem och möjligheter” har Socialstyrelsen undersökt vilka faktorer som påverkar läkemedelskostnadernas utveckling. En slutsats var att kostnadsökningarna kan delas upp i tre komponenter. Detta kan illustreras genom en analys av kostnaden år 2003. Den totala kostnadsökningen, som var 3,0 procent, kan delas upp i följande komponenter:

- förändrad försäljningsvolym, dvs. total mängd läkemedel, av befintligt sortiment (1,0 procent)
- prisförändring i befintligt sortiment (-2,7 procent)
- förändringar i konsumtionsmönstret, dvs. användning av nya, oftast dyrare, preparat eller övergång från ett billigare till ett dyrare, men inte nödvändigtvis nytt, läkemedel (4,8 procent).

Det är således förändringar i konsumtionsmönstret som har haft störst betydelse för kostnadsutvecklingen. Under perioden 1980–2000 ökade läkemedelskostnaderna räknat i fasta priser med 201 procent. Den största delen av ökningen, 156 procent, förklaras av förändrat konsumtionsmönster.

Relativpriset på läkemedel föll under perioden med 25 procent, dvs. prisökningen på befintliga läkemedel var lägre än den genomsnittliga prisökningen på andra varor och tjänster. Kvantiteten läkemedel mätt i dygnsdoser ökade med 56 procent.

Det finns en rad faktorer som påverkar läkemedelsförmånskostnadernas utveckling och som bör vägas in i en bedömning av kostnaderna de kommande åren.

- Användningen av läkemedel ökar. En studie har antytt att ökningen under 1990-talet mer berodde på intensifierad behandling, dvs. samma individer behandlades med fler läkemedel, än på att antalet behandlade individer ökade. Om detta fortfarande gäller bidrar det till att öka läkemedelsförmånens andel av de totala läkemedelskostnaderna.
- Patentutgångar och introduktion av generika. Prissänkningar på grund av konkurrens mellan generika kommer att ha betydelse för kostnadsutvecklingen så länge som de nuvarande reglerna för utbyte finns kvar. Effekterna de kommande åren blir inte fullt så drastiska som åren 2003 och 2004.
- Parallellimport. Försäljningen av parallellimporterade läkemedel har ökat och det finns möjligheter till fortsatt ökning. Utvecklingen är dock osäker eftersom parallellimportörernas tillgång till läkemedel kan komma att begränsas genom att tillverkarna inte tillhandahåller större mängd läkemedel än exportländerna själva kan tänkas förbruka.

- Nya läkemedel. Antalet godkännanden av nya läkemedelssubstanser har varierat mellan 30 och 35 per år under perioden 1996–2002 men sjönk 2003 till 14. Eftersom nya läkemedel ökar kostnaderna för läkemedelsförmånen skulle ett lägre antal nya substanser kunna innebära en långsammare kostnadsökning. Uppgifter från Läkemedelsindustriföreningen antyder dock att nedgången är tillfällig. Troligen kommer nyintroduktioner av läkemedel att bidra till kostnadsutvecklingen på ungefär samma sätt som tidigare, men nya läkemedel som innebär nya behandlingsmöjligheter för ett stort antal patienter skulle kunna ge större tillskott till kostnadsökningen.
- Ändringar i befolkningens åldersstruktur. En slutsats av projektet ”Att prognostisera läkemedelskostnaderna – problem och möjligheter” var att förändringar i befolkningens ålderssammansättning endast i liten utsträckning bidrar till de ökade läkemedelskostnaderna. Om åldersstrukturen vore den enda faktor som förändrades, dvs. om volym, pris och konsumtionsmönster vore konstanta i alla åldersgrupper, under åren 1990–2000 skulle kostnaderna för receptläkemedel bara ha ökat med cirka 4 procent. Förändringar i åldersstrukturen har dock betydelse för kostnadsutvecklingen genom att sjukligheten ökar med åldern och allt fler äldre människor lever med sjukdom. Detta påverkar kostnadsutvecklingen för läkemedel.
- Levnadsvanor och hälsotillstånd. Ett exempel på förändringar som kan leda till ökande läkemedelskostnader är den ökade förekomsten av övervikt.
- Uppfattning om vad som är sjukdom förändras. Tillstånd som tidigare inte kunnat behandlas kan komma att betraktas som behandlingsbara sjukdomar när läkemedel utvecklas.
- Regler för läkemedelsförmånen, t.ex. generiskt utbyte. Bedömningen av kostnaderna för läkemedelsförmånen förutsätter givetvis att reglerna är oförändrade. Möjligheterna att införa generisk förskrivning utreds för närvarande av Läkemedelsverket. Generisk förskrivning kommer inte att ge några större effekter på läkemedelskostnaderna.
- Läkemedelsförmånsnämndens beslut om förmånsregler för nya läkemedel och genomgången av det befintliga sortimentet. Genomgången har påbörjats och den första rapporten, migränmedel, publicerades i februari 2005. Hur mycket genomgångarna kommer att påverka förmånskostnaderna kan ännu inte bedömas. Det beror till stor del på om nämnden kommer att välja en ”hård” eller ”mjuk” linje i sin bedömning. En indikation på vilken linje nämnden väljer kommer när genomgången av den första riktigt stora läkemedelsgruppen, medel mot sällsynta symptom, blir färdig.
- Övergång från recept till slutenvårdsrekvisition. Landstingen har under de senaste åren strävat efter att föra över läkemedelskostnader från recept till slutenvård. Det gäller exempelvis läkemedel mot cancer. Priserna på läkemedel i slutenvården är på grund av upphandlingsavtal lägre än på läkemedel på recept. I absoluta tal är kostnaderna för läkemedel i slutenvården betydligt lägre än för läkemedel på recept, men överföringen av kostnader från förmån till slutenvård är ändå så stor att den bidrar till att hålla kostnaderna för läkemedelsförmånen nere.

- Läkemedelskommittéernas verksamhet. Enligt en analys, som Socialstyrelsen gjorde år 2004, har läkemedelskommittéernas arbete påverkat förskrivningen av flera läkemedelsgrupper i positiv riktning. Även i fortsättningen kan man vänta sig att kommittéernas förmåga att föra ut information om terapirekommendationer, hälsoekonomi mm. kommer att ha betydelse för kostnadsutvecklingen.
- Läkemedelsföretagens marknadsföring. Från och med den 1 juli 2004 finns ett avtal mellan Sveriges Kommuner och Landsting och Läkemedelsindustriföreningen om hur företagens information till sjukvården skall gå till. Avtalet ändrar balansen mellan företagens marknadsföring och producentobunden information men det är ännu inte möjligt att bedöma vad detta avtal kan komma att betyda för kostnadsutvecklingen.

Förväntad kostnadsutveckling åren 2005–2009

Underliggande trend

Eftersom kostnaderna för läkemedelsförmånen har påverkats kraftigt av införandet av generiskt utbyte och upphört patentskydd för vissa läkemedel, går det inte att direkt identifiera en trend som är tillräckligt säker för att kunna användas som underlag för en bedömning av de framtida kostnaderna. Det finns dock en underliggande trend som inte har påverkats så mycket av de senaste årens förändringar. Det är volymutvecklingen mätt i DDD. Antalet DDD har under 2000-talet ökat med 3–5 procent årligen och ökningen tycks nu vara cirka 3 procent. Det är dock svårt att översätta ökningen i DDD till förändring av förmånskostnaden. Förmånskostnaden per DDD har utvecklats olika för olika segment av läkemedelssortimentet. Priserna ökar för de läkemedel som ej är utbytbara, men minskar för dem som är utbytbara. Detta resulterar troligen i obetydlig förändring av förmånskostnad per DDD men en viss kostnadsökning på grund av volymökning. Om man inte tar hänsyn till några andra faktorer kan man därför anta att förmånskostnaderna kommer att öka med mellan 0 och 1 procent per år de närmaste åren.

Kostnadsökningen för förbrukningsartiklar har avtagit och blir troligen högst cirka 4 procent per år de närmaste åren. Den långsammare öknings-takten beror bl.a. på att en del landsting börjar begränsa förskrivningen och upphandla dessa artiklar, vilket gör att kostnaden för läkemedelsförmånen minskar. Kostnaden för livsmedel inom läkemedelsförmånen väntas öka med cirka 5 procent per år. Förbrukningsartiklar och livsmedel står för en mindre del av kostnaden för läkemedelsförmånen och påverkar den totala kostnaden för läkemedelsförmånen i ganska liten grad.

År 2004 var kostnaderna för läkemedelsförmånen inklusive förbrukningsartiklar men exklusive moms 18 483 miljoner kronor. I föregående rapport (november 2004) bedömdes kostnaderna år 2005 bli i stort sett oförändrade, dvs. cirka 18 500 miljoner kronor. Utvecklingen under det första kvartalet 2005 ger inte anledning till att ändra bedömningen. I tabell 3 visas en kostnadsutveckling som har beräknats med hjälp av den uppskattade underliggande kostnadsutvecklingen utan justering för kända kommande händelser på läkemedelsområdet.

Tabell 3. Uppskattade kostnader för läkemedelsförmånen inklusive förbrukningsartiklar, exklusive moms åren 2005–2009 utan justering för kända händelser på läkemedelsområdet. Siffrorna är avrundade till jämna hundratal miljoner.

År	Skattad kostnad, miljoner kronor, löpande priser	Förändring jämfört med föregående år, %
2005	18 500	0
2006	18 500	0
2007	18 600	0,3
2008	18 700	0,6
2009	18 800	0,9

Den utveckling som beskrivs i tabell 3 tar hänsyn de tre komponenterna i kostnadsökningen (förändrad försäljningsvolym av befintligt sortiment, prisförändring i befintligt sortiment, förändringar i konsumtionsmönstret). Nedan diskuteras justeringar i trenden med hänsyn till kända och förväntade förändringar.

Effekter av förväntad introduktion av generika

Patentutgångar de närmaste åren kan väntas få effekt på kostnaderna. Det är svårt att skatta hur stor effekten blir, men en uppskattning baserad på utvecklingen av förmånskostnaden för ett antal läkemedel (se sidan 14) ger viss ledning. Förmånskostnaden för dessa läkemedel, räknat i kronor per DDD, sjönk med cirka 70 procent. Hela kostnadsminskningen kommer inte direkt efter introduktionen av generika. En del av minskningen beror på en under längre tid pågående konkurrens mellan generika. För att förenkla beräkningen kan man anta att kostnadsminskningen blir 50 procent första året som generika får effekt och att resten av effekten kommer under andra året. En förutsättning är givetvis att originalpreparaten av Läkemedelsverket bedöms vara utbytbara mot generika.

En bedömning av effekten av introduktion av generika kräver också en uppskattning av förändringar i användningen av läkemedlen. Uppskattningen måste byggas på tendensen under de senast gångna åren men är mycket osäker, särskilt för åren 2007–2009.

Under de närmaste åren kommer det troligen att introduceras ett antal generika till läkemedel med stor förmånskostnad. Detta kan förväntas ge effekt på kostnadsutvecklingen. Tabell 4 visar läkemedel vars patentskydd upphör åren 2005–2009 och vars förmånskostnad var minst 125 miljoner kronor år 2003. Det finns en viss osäkerhet i tidpunkterna på grund av exempelvis tilläggsopatent för speciella läkemedelsformer. Tabell 5 visar den uppskattade kostnadsutvecklingen efter justering för effekten av förväntade introduktioner av generika till dessa läkemedel.

Tabell 4. Läkemedel vars patentskydd enligt för närvarande tillgängliga uppgifter upphör åren 2005–2009

Läkemedels- substans	Handelsnamn	Användning	Tidpunkt då generika väntas få effekt på kost- naden
ramipril	Triatec	hjärtsvikt, högt blodtryck	januari 2005
sertralín	Zoloft	depression m.m.	november 2005
amlodipin	Norvasc	högt blodtryck m.m.	februari 2006
pravastatin	Pravachol	blodfetsänkande	april 2006
sumatriptan	Imigran	migrän	november 2006
salmeterol	Serevent, Seretide	astma	april 2007
lansoprazol	Lanzo	magsår	mars 2008
bikalutamid	Casodex	prostatacancer	juli 2008
venlafaxin	Efexor	depression mm.	december 2008
losartan	Cozaar	högt blodtryck, hjärtsvikt	september 2009

Tabell 5. Skattning av kostnaderna för läkemedelsförmånen inklusive förbrukningsartiklar, exklusive moms åren 2005–2009 efter justering för förväntade generikaintroduktioner. Siffrorna är avrundade till jämna hundratal miljoner.

År	Skattad kostnad, miljoner kronor, löpande priser	Förändring jämfört med föregående år, %
2005	18 500	0
2006	18 100	-1,9
2007	18 100	-0,3
2008	18 200	0,4
2009	18 200	-0,1

Effekter av förväntad introduktion av nya läkemedel

De senaste årens minskning av antalet nya läkemedelssubstanser har bidragit till att dämpa kostnadsutvecklingen. Om antalet nya läkemedel åter ökar innebär det att förmånskostnaderna kan förväntas öka mer än vad som förutsågs av den underliggande trenden. Det är dock mycket svårt att bedöma hur stor effekten blir på förmånskostnaderna. Om ett nytt läkemedel som kan komma att användas av ett stort antal människor, t.ex. ett läkemedel mot fetma, introduceras kommer det att få märkbar effekt på läkemedelskostnaderna. De flesta nya läkemedel, bortsett från generika, är dock teknologiskt avancerade och därmed dyra. De är avsedda för mindre patientgrupper för vilka bra behandling tidigare inte varit tillgänglig. Det är svårt att nu bedöma hur sådana läkemedel kommer att påverka kostnaderna de kommande åren. Nya cancerläkemedel kan väntas men dessa påverkar framför allt kostnaderna i slutenvården. Trots osäkerheten är det nödvändigt att ta hänsyn till nya läkemedel i bedömningen av förmånskostnaderna. En justering, mycket osäker, av kostnadsbedömningen visas i tabell 6.

Tabell 6. Uppskattade kostnader för läkemedelsförmånen inklusive förbrukningsartiklar, exklusive moms åren 2005–2009 med justering för möjlig introduktion av nya läkemedel. Siffrorna är avrundade till jämna hundratal miljoner.

År	Skattad kostnad, miljoner kronor, löpande priser	Förändring jämfört med föregående år, %
2005	18 500	0
2006	18 500	0,1
2007	18 800	1,7
2008	19 500	3,4
2009	20 000	2,9

Övriga effekter på kostnadsutvecklingen

Ändringar i befolkningens åldersstruktur, levnadsvanor och hälsotillstånd sker kontinuerligt. Dessa faktorerers effekter på läkemedelskostnaderna ingår därför i den underliggande trenden och ändrar inte bedömningen av den framtida kostnaden.

Läkemedelsförmånsnämnden har rapporterat genomgången av läkemedel mot migrän. Resultatet bedöms möjliggöra en minskning av samhällets läkemedelskostnader med 42 miljoner kronor år 2005. Hur stor effekten av genomgången av andra läkemedelsgrupper kommer att bli kommande år kan inte bedömas nu.

Överföringen av läkemedelskostnader från recept till slutenvård sker med olika hastighet i olika landsting. Bedömningen av förmånskostnaderna har inte justerats med hänsyn till denna överföring. Inte heller har någon speciell hänsyn tagits till utvecklingen av läkemedelskommittéernas arbete eller effekter av avtalet mellan landstingen och Läkemedelsindustriföreningen om hur företagens information till sjukvården ska gå till.

Det har länge funnits en tendens till förskjutning av läkemedelskostnaderna från egenavgift till förmån. En orsak till förskjutningen är att kostnaden per dos ökar. En annan orsak kan möjligen vara att de patienter, som läkemedelsbehandlas, behandlas allt intensivare. Båda dessa tendenser bidrar till att patienter snabbare uppnår gränsen för frikort. Denna effekt motverkas av att generika har sänkt kostnaden per dos för vissa läkemedel. Den fortsatta utvecklingen för egenavgiftens andel är svår att uppskatta och har inte tagits med i bedömningen av kostnadsutvecklingen.

Bedömningen av förmånskostnaden kan justeras genom en mer detaljerad bedömning av utvecklingen för de mest kostnadsstyrande läkemedelsgrupperna. Det gäller exempelvis läkemedel mot reumatoid artrit, antidepressiva läkemedel och blodfettsänkande läkemedel men även teststickor för blodglukos. I föregående rapport (november 2004) gjordes en sådan justering av bedömningen för år 2005 med hjälp av månadsvisa data. En motsvarande justering har nu gjorts för år 2005 med hjälp av data t.o.m. april 2005. Resultatet är att den kostnad för år 2005 som visas i tabell 6 skall minskas med 125 miljoner kronor (tabell 7).

Vissa medel mot erektil dysfunktion ingår för närvarande inte i läkemedelsförmånen. Nyligen avgjorde kammarrätten i en dom att alla läkemedel mot erektil dysfunktion skall subventioneras, vilket skulle kunna leda till en ökning av förmånskostnaderna med cirka 175 miljoner kronor per år. Läke-

medelsförmånsnämnden har överklagat kammarrättens dom som därför inte har trätt i kraft. Den slutgiltiga utgången är oviss och någon kostnadsökning har inte räknats in i den slutgiltiga bedömningen av förmånskostnaderna.

Den slutgiltiga skattningen av kostnadsutvecklingen visas i tabell 7. Förmånskostnaderna inklusive förbrukningsartiklar, men exklusive moms, kan väntas bli cirka 18 400 miljoner kronor år 2005. Ökningen år 2006 väntas bli liten.

Tabell 7. Skattning efter slutliga justeringar av kostnaderna för läkemedelsförmånen inklusive förbrukningsartiklar, exklusive moms åren 2005–2009. Siffrorna är avrundade till jämna hundratal miljoner.

År	Skattad kostnad, miljoner kronor, löpande priser	Förändring jämfört med föregående år, %
2005	18 400	-0,6
2006	18 400	0,1
2007	18 700	1,7
2008	19 300	3
2009	19 900	3

Referenser

Att prognostisera läkemedelskostnaderna – problem och möjligheter. En sammanfattning av projektet finns i Socialstyrelsens årsredovisning 2002, sidan 32. Uppgifter om litteraturgenomgång m.m. i detta projekt kan erhållas från Ingrid Schmidt eller Örjan Ericsson, Socialstyrelsen, Hälso- och sjukvårdsavdelningen.

En uppföljning av läkemedelskommittéernas arbete. Hur påverkas läkemedelsanvändningen? Socialstyrelsen 2004.

(<http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2004/1577/2004-103-1.htm>)

FASS 2004, Stockholm, LINFO Läkemedelsinformation AB, 2003

Läkemedel i användning – Förändringar och tendenser. Socialstyrelsen, 2002 och tidigare rapporter i samma serie.

(http://www.socialstyrelsen.se/Om_Sos/organisation/Halso_o_sjukvard/Enheter/UU/lakemedel_forsaljning.htm)

Läkemedelsförsäljningen i Sverige – analys och prognos. November 2004 och tidigare rapporter i samma serie.

(http://www.socialstyrelsen.se/Om_Sos/organisation/Halso_o_sjukvard/Enheter/UU/lakemedel_forsaljning.htm)

Läkemedelsverket – Medical Products Agency (<http://www.mpa.se>)

Statistiska Centralbyrån (www.scb.se)

Data och metoder

ATC-systemet

I Sverige används ATC-kodsystemet vid redovisning av läkemedelsstatistik. Systemet används också av övriga nordiska länder och det rekommenderas av WHO. ATC-systemet delar in läkemedlen i 14 anatomiska huvudgrupper med terapeutiska, farmakologiska och kemiska undergrupper samt en undergrupp för kemisk substans.

Exempel:

N	Centrala nervsystemet (anatomisk huvudgrupp)
N05	Neuroleptika, lugnande medel och sömnmedel (farmakologisk/terapeutisk undergrupp)
N05B	Lugnande medel, ataraktika (farmakologisk undergrupp)
N05BA	Bensodiazepiner (kemisk undergrupp)
N05BA02	Oxazepam (kemisk substans)

Mått på läkemedelsförsäljning

Kostnader

När läkemedel köps mot recept på apotek beräknas kostnaden sammantaget för alla läkemedel som köps vid samma tillfälle. Denna kostnad fördelas sedan på vad patienten respektive läkemedelsförmånen ska betala med hänsyn taget till var i "förmånstrappan" patienten befinner sig. I läkemedelsregistret redovisas kostnaden för receptets samtliga läkemedel dels som en totalsumma, dels fördelad på patientens respektive läkemedelsförmånens del. Patientens respektive förmånens del av kostnaden för ett enskilt läkemedel måste därför, om flera läkemedel expedieras samtidigt, skattas.

När kostnadsfördelningen för enskilda läkemedelsgrupper eller läkemedel redovisas har patientens respektive förmånens del av kostnaden fördelats på de olika läkemedlen i en samtidig receptexpedition i samma proportion som har gällt för hela kostnaden.

Alla läkemedel som används i slutenvården bekostas av landstingen. Genom att sluta avtal med leverantörer av läkemedel kan landstingen upphandla läkemedel med i många fall kraftiga rabatter jämfört med de inköpspriser som gäller i öppenvård. Läkemedlen levereras till vården av apoteken enligt

avtal mellan landstingen och Apoteket AB. Läkemedelsregistren innehåller inte uppgifter om rabatter på produktnivå, varför de verkliga kostnaderna ofta överskattas.

DDD – definierad dygnsdos

Att bara undersöka kostnaderna för läkemedel har begränsat värde. Om man också vill ge en bild av läkemedelsanvändningen ur medicinsk synvinkel brukar måttenheten DDD (Definierad DygnsDos) användas. DDD fastställs av WHO och är den förmodade genomsnittliga dygnsdosen då läkemedlet används av en vuxen vid läkemedlets huvudindikation.

DDD per 1000 invånare per dygn, förkortas ofta DDD/TIND, ger ett ungefärligt mått på hur stor del av den aktuella befolkningen som behandlas per dygn.

Recipe, receptpost, varurad

Vid redovisning av läkemedelsstatistik används ibland måttenheten recipe. Ett recipe är en receptpost, ett läkemedel, på en receptblankett. Det finns i allmänhet plats för två receptposter på en pappersreceptblankett. Ofta kan ett recept expedieras flera gånger. I statistiken registreras då ett recipe för ett läkemedel vid varje expedieringstillfälle. Termerna receptpost och varurad kan användas med samma innebörd.

I vissa fall är recipe ett bättre mått på läkemedelsanvändning än DDD. Ett exempel är barns läkemedelsanvändning där DDD, som ju är dygnsdos för vuxna, kan vara missvisande.