

Förteckning över dyra läkemedel

Bengt Kron
September 2009

Innehållsförteckning

Bakgrund	3
Arbetsgrupp och arbetsätt	3
Metod	4
Hur har läkemedlen i förteckningen valts ut?	4
Hur har dygnsdosen beräknats?.....	4
Hur har den administrerade dosens storlek beräknats?	5
Hur har kostnaden beräknats?	6
Läkemedelsförteckningens uppbyggnad	7
En översikt över läkemedelsförsäljningen och relationen till förteckningens läkemedel	9
Förteckningens framtida användning	11

Bakgrund

Utvecklingen av en rad nya läkemedel har lett till stora behandlingsframgångar inom flera områden. Ledgångsreumatism (reumatoid artrit), kronisk hepatit B och C och vissa cancertyper är exempel på svåra sjukdomar där det i dag finns tillgång till nya och effektiva läkemedel. Men de nya läkemedlen är ofta kostsamma, ibland extremt dyra.

Av flera skäl, framförallt otillräckliga IT-system, har inte läkemedelskostnader kunnat kopplas ihop med övriga kostnader för en vårdkontakt. Kostnader för läkemedel har schablonfördelats på vårdkontakter inom slutenvård och öppenvård. Då de svenska DRG-kostnadsvikterna beräknas saknas därför information om läkemedelskostnader på patientnivå. Det gäller kostnader för såväl recept- som rekvisitionsläkemedel.

I mars 2008 togs en rapport med titeln ”DRG och läkemedel”¹ fram för att beskriva situationen med de nya dyra läkemedlen samt för översiktligt undersöka möjligheterna att integrera läkemedelskostnaderna i DRG-systemet. Rapporten beskrev olika alternativa lösningar och föreslog en temporär lösning för rekvisitionsläkemedel som innebar manuell registrering av mycket dyra läkemedel. Mona Heurgren, chef för Enheten för DRG och patientregistret (tidigare CPK-PAR), gav under våren 2008 uppdrag till rapportens författare, Bengt Kron, att fortsätta arbetet genom att ta fram en förteckning över de läkemedel som har den högsta kostnaden per administrationstillfälle. Denna rapport innehåller en sådan förteckning samt en redovisning för de metoder som använts då förteckningen tagits fram. Rapporten avslutas med en diskussion över hur förteckningen skulle kunna användas i framtiden.

Arbetet ingår som en del inom ett av delprojekten inom regeringsuppdraget ”Projekt för att utveckla ersättningssystem inom hälso- och sjukvården (Dnr 12362/2007)”

Arbetsgrupp och arbetssätt

Arbetet med att ta fram en förteckning har utförts i en grupp bestående av Helle Kieler Karolinska Institutet, Maj Carlsson Region Skåne, Björn Wettermark och Thomas Cars Stockholms läns landsting, Peter Amundin Västra Götalandsregionen, Bo Claesson Sveriges Kommuner och Landsting samt Maarten Sengers, Mona Heurgren, Mats Fernström och Liselotte Säll från Socialstyrelsen. Bengt Kron, regionläkare inom Västra Götalandsregionen, har varit sammankallande och är huvudförfattare till denna rapport.

Arbetsgruppen har under perioden oktober 2008 till mars 2009 haft fyra möten och däremellan har gruppmedlemmarna arbetat aktivt med att ta fram underlag. Gruppmedlemmarna har i stor utsträckning bidragit till den slutliga utformningen av läkemedelsförteckningen.

En lista över dyra läkemedel, som togs fram i Västra Götalandsregionen 2007, har använts som utgångspunkt för arbetet.² Listan har under projektets gång successivt reviderats av arbetsgruppen.

¹ DRG och läkemedel. Socialstyrelsen mars 2008.

² Bilaga 1, DRG och läkemedel, Socialstyrelsen mars 2008

Överläkare Margareta Holmström, Karolinska sjukhuset har dels bidragit med uppgifter om dosering av läkemedel vid blödningssjukdomar och dels granskat avsnittet om dessa läkemedel i den slutliga förteckningen.

Den slutliga förteckningen har även granskats av experter knutna till Läkemedelscentrum i Stockholms läns landsting och läkemedelsenheten inom regionkansliet, Västra Götalandsregionen.

Överläkare Ralph Dahlgren vid enheten för DRG och patientregistret, Socialstyrelsen, har diagnossatt indikationerna för respektive läkemedel och därefter angivit MDC per indikation.

Metod

Hur har läkemedlen i förteckningen valts ut?

Avgörande för om ett läkemedel ska ingå i förteckningen är om den beräknade kostnaden per administrerad dos överstiger 1200 kronor. Följande resonemang har legat bakom fastställandet av denna kostnadsgräns:

- medelkostnaden för ett läkarbesök i specialistvården är 2300 kr.
- en kostnadsökning av ett sådant besök med 50 % motsvarar 1200 kronor
- en 50-procentig kostnadsökning är utan tvekan signifikant

Ett läkemedel, Duodopa (N04BA02) har inkluderats trots att kostnaden per administrerad dos är lägre (1005 kr) än 1200 kronor. Orsaken är att läkemedlet ges kontinuerligt vid svårkontrollerad Mb Parkinson vilket gör att den totala årskostnaden uppgår till cirka 365 000 kronor.

Förteckningen innehåller läkemedel som är godkända på den svenska marknaden. Det innebär att såväl recept- som rekvisitionsläkemedel ingår. Något undantag har inte gjorts för läkemedel som omfattas av den solidariska finansieringen.

Licens- och sär läkemedel ingår ej.

Hur har dygnsdosen beräknats?

För varje ATC-grupp har uppgift om dygnsdos tagits fram. Dygnsdosen = den antagna genomsnittliga underhållsdosen per dag och indikation då läkemedlet används på den/de indikation/er som anges i FASS.

Dygnsdosen har använts för att i vissa fall beräkna den administrerade dosens storlek, se nedan.

Eftersom DDD, definierad dygnsdos, är en internationellt erkänd storhet för statistiska jämförelser av läkemedelsanvändning, har DDD använts i första hand för uppgift om dygnsdosens storlek³. Om DDD saknas eller bedöms sakna aktualitet (avviker kraftigt från rekommenderad FASS-dos) har istället dygnsdosen beräknats.

³ The DDD – definition and principles. The WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology <http://www.whocc.no/atcddd/>

Om FASS-rekommendationerna innehåller skilda doseringar för start- respektive underhållsdos har underhållsdosen använts vid beräkning av dygnsdosen. Uppgifter om underhållsdos har hämtats från FASS, webbupplagan.

Om den rekommenderade underhållsdosen beskrivs som ett intervall väljs det mittersta värdet vid kalkylering av beräknad dygnsdos.

CHOP (cyklofosfamid, doxorubicin, vinkristin och prednisolon) är den vanligaste cytostatikakombinationen. Ibland kopplas behandlingen med nya läkemedel till CHOP-behandling, se till exempel rituximab (Mabthera). Tiden mellan CHOP-behandlingarna varierar oftast mellan 14 – 21 dagar. Vid kalkyl av beräknad dygnsdos har tiden mellan behandlingarna antagits vara 17 dagar.

En vuxen person har antagits vara 175 cm lång och väga 70 kg med kroppsytta 1,848 m². Ingen åtskillnad har gjorts mellan kvinnor och män då det gäller dosering.

För barn beräknas en schabloniserad standarddos med utgångspunkt från medelvärden för en 7-åring: kroppsvikt 25 kg, längd 125 cm med kroppsytta 0,935 m².

Den beräknade dygnsdosen kalkyleras med utgångspunkt från doseringsrekommendationer för monoterapi även om läkemedlet ges i kombination med annat läkemedel

På grund av doseringsrekommendationernas utformning kan inte dygnsdos beräknas för hemofililäkemedel.

För några läkemedel gäller att den rekommenderade doseringen varierar beroende på indikation. Det kan innebära att samma läkemedel har flera beräknade dygnsdoser. Det gäller till exempel Avastin, se tabellen nedan!

Tabell 1. Beräknade dygnsdoser per MDC för Bevacizumab (Avastin®)

Indikation	MDC	Dosering	Dygnsdos vuxen
Avancerad, metastaserad eller recidiverad icke-småcellig lungcancer	4 Andningsorganens sjukdomar	7,5 mg/kg eller 15 mg/kg kroppsvikt givet var tredje vecka	38*
Metastaserad kolorektalcancer	6 Matsmältningsorganens sjukdomar	5 mg/kg eller 10 mg/kg kroppsvikt varannan vecka eller 7,5 mg/kg eller 15 mg/kg kroppsvikt var tredje vecka	38**
Avancerad och/eller metastaserad njurcellscancer	11 Sjukdomar i njure och urinvägar	10 mg/kg kroppsvikt givet varannan vecka	50
Metastaserad bröstcancer	30 Bröstkörtelsjukdomar	10 mg/kg kroppsvikt givet varannan vecka eller 15 mg/kg kroppsvikt givet var tredje vecka	50

* Utgående från dosrekommendationen i FASS har dosen antagits vara 11,25 mg kg kv

Hur har den administrerade dosens storlek beräknats?

Uppgifter om indikationer och dosering har hämtats från nätupplagan av FASS under perioden mars- maj 2009.

I den mån dosberäkningar har behövts har de utgått från antagandena om kroppsvikt, längd och kroppsytta som redovisats ovan.

I tillämpliga fall har dygnsdosen använts vid beräkning av den administrerade dosens storlek. Dygnsdosen multiplicerat med behandlingsintervallet (dagar) är lika med den administrerade dosens storlek.

Om rekommendationerna innehåller skilda doseringar för start- respektive underhållsdos har underhållsdosen använts vid beräkning av den administrerade dosens storlek.

Om den rekommenderade dosen beskrivs som ett intervall har det mittersta värdet valts. Se till exempel Somatuline Autogel som används vid akromegali. Den rekommenderade dosen enligt FASS är 60-120 mg varför den administrerade dosen har beräknats till 90 mg.

För läkemedel som ska ges flera gånger per dygn har den administrerade dosens storlek beräknats vara lika med dygnsdosen. Se till exempel Vfend som ska ges två gånger per dygn och Remodulin som ges som kontinuerlig subkutan infusion.

Den administrerade dosens storlek har bestämts med utgångspunkt från doseringsrekommendationer för monoterapi även om läkemedlet ges i kombination med annat/andra läkemedel.

På grund av doseringsrekommendationernas utformning kan inte den administrerade dosens storlek beräknas för hemofililäkemedel. Överläkare Margareta Holmström har hjälpt arbetsgruppen med doseringsuppgifter för denna läkemedelsgrupp.

I kommentarsrutan i förteckningen redovisas ytterligare ställningstaganden för hur den administrerade dosens storlek beräknats.

För Duodopa som används vid Parkinsons sjukdom kan inte den administrerade dosens storlek beräknas på konventionellt sätt. Preparatet ges nämligen som kontinuerlig intestinal tillförsel från pump med kassett. För detaljerad information om beräkningarna, se kommentarsrutan i förteckningen.

Hur har kostnaden beräknats?

Uppgifter om förpackningsstorlekar och priser har hämtats från Svensk informationsdatabas för läkemedel (SIL) under perioden mars – maj 2009. Priserna är bruttopriser utan rabatter, detta med hänsyn till att de rabatter landstingen erhåller varierar beroende på utfallet i förhandlingar mellan läkemedelsföretag och respektive landsting.

Om två eller flera produkter inom en ATC-grupp har samma indikationer och samma dosering har kostnaden per administrationstillfälle beräknats på den billigaste produktens pris

Överblivet läkemedel som inte kunnat användas vid en administration har ansetts som förbrukat.

Läkemedelsförteckningens uppbyggnad

Varje rad i förteckningen beskriver kostnaden per administrationstillfälle för ett läkemedel då det används på en specifik indikation. Den kompletta förteckningens uppbyggnad framgår av nedanstående tabell. I bilaga 1 redovisas en förkortad version av förteckningen.

Tabell 2. Kolumnrubriker med förklaringar

KOLUMNRUBRIKER	FÖRKLARING
ATCkod	Enligt FASS nätupplagan mars - maj 2009. ATC/DDD-systemet hanteras av WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology i Oslo
Substans	Enligt FASS nätupplagan mars - maj 2009
Handelsnamn	Enligt FASS nätupplagan mars - maj 2009
Indikation/er	Indikationer enligt FASS-text, nätupplagan mars - maj 2009
Diagnoskod	Diagnoskod enligt KSH97 som motsvarar indikationen/indikationerna
MDC	MDC (major diagnostic category) är en grov indelning av alla huvuddiagnoser inom DRG-systemet där varje MDC motsvarar sjukdomar i ett visst organsystem eller sjukdomar med en viss etiologi.
Dosering FASS-text	Förkortad doseringsanvisning enligt FASS, nätupplagan mars - maj 2009
Behandlingstid	Den enligt FASS rekommenderade tidsperioden under vilken läkemedlet ska tillföras, nätupplagan mars - maj 2009
Administrationssätt	Sätt på vilket läkemedlet ska ges enligt FASS, nätupplagan mars - maj 2009
Behandlingsintervall	Tiden mellan två administrationstillfällen av läkemedlet
DDD	DDD (definierad dygnsdos). Användning av DDD möjliggör jämförelser av läkemedelsförskrivning över tiden och mellan olika områden. ATC/DDD-systemet hanteras av WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology i Oslo
Dosenhet	Den enhet som används för att uttrycka den mängd läkemedel som ska tillföras
Beräknad dygnsdos vuxen	Beräknad dygnsdos uttryckt i den dosenhet som används för att dosera läkemedlet
Dos per administrationstillfälle vuxen	Beräknad dos för varje administrationstillfälle uttryckt i den dosenhet som används för att dosera läkemedlet
Beräknad dygnsdos barn	Beräknad dygnsdos uttryckt i den dosenhet som används för att dosera läkemedlet
Dos per administrationstillfälle barn	Beräknad dos för varje administrationstillfälle uttryckt i den dosenhet som används för att dosera läkemedlet
Förpackningsstorlek	Den eller de förpackningsstorlekar som använts vid beräkning av pris per administrationsdos. Källa SIL Svensk informationsdatabas för läkemedel
Pris per förpackning	Priset på den eller de förpackningsstorlekar som använts vid beräkning av pris per administrationsdos. Källa SIL Svensk informationsdatabas för läkemedel
Pris per administrationsdos vuxen	Beräknat pris
Pris per administrationsdos barn	Beräknat pris
Patentutgång	Uppgift om nära förestående patentutgångar
Kommentar	

Förteckningen utgår från ATC-grupper. Den omfattar 61 ATC-grupper med totalt 83 läkemedelsprodukter. Läkemedelsprodukter med olika tillverkare inom samma ATC-grupp har oftast, men inte alltid, samma indikationer och dosering.

Eftersom en av utgångspunkterna för projektet har varit att undersöka om läkemedelskostnaderna kan integreras i DRG-systemet har varje godkänd indikation diagnoskodats och grupperats till major diagnostic categories (MDC). MDC är en grov indelning av alla huvuddiagnoser där varje MDC motsvarar sjukdomar i ett visst organsystem eller sjukdomar med en viss etiologi.

Förteckningen omfattar 231 rader. ATC-grupperna utgör grunden för förteckningens uppbyggnad. Det hade varit idealt om en ATC-grupp hade motsvarat en rad i förteckningen. Tyvärr har detta inte varit möjligt. Orsakerna till att förteckningen innehåller fler rader än antalet ingående ATC-grupper är följande:

- Vissa läkemedel kan användas vid flera olika diagnoser. Vid DRG-gruppering leder de olika indikationerna till olika MDC. Ett exempel på detta är cytostatikat Docetaxel

(L01CD02) med indikationer för bland annat bröstcancer, prostatacancer och huvudhalscancer. Se tabell 3 nedan.

- Det finns olika beredningar/handelsnamn med olika användningsområden, indikationer och skilda prisnivåer inom samma ATC-grupp. Det gäller till exempel antimykotikat Amfotericin B (J02AA01) med produkterna Abelcet och AmBisome. Ett annat exempel är cytostatikat Doxorubicin (L01DB01). Totalt tillhandahålls fyra olika preparat inom denna ATC-grupp men endast två, Caelyx och Myocet, uppfyller kriterierna för att ingå finnas på förteckningen. Caelyx och Myocet har en speciell liposomberedning medan de två preparat i ATC-gruppen som inte ingår i förteckningen saknar denna speciella beredning. Se tabell 4 nedan.
- Olika dosering vid samma indikation trots att produkterna tillhör samma ATC-grupp och samma MDC. De skilda doseringarna leder till skillnader i pris per administrationstillfälle. Det gäller till exempel produkterna inom gruppen Interferon beta (L03AB07) med produkterna Avonex och Rebif som båda används vid skovvis förlöpande multipel skleros. Det förekommer även att preparat inom samma ATC-grupp har olika beredningar vilket påverkar priset per administrationstillfälle. Se tabell 4 nedan.
- Skilda indikationer inom samma MDC men med samma dosering och pris för indikationerna. Det gäller Antihemofilfaktor (B02BD06) som dels kan användas vid hemofili A och dels vid von Willebrands sjukdom.

Tabell 3 Antal MDC per ATC-grupp

ATC-kod	Substans	Antal MDC
L01CD02	Docetaxel	13
L01DB01	Doxorubicin	12
L01XC03	Trastuzumab	11
L01XC06	Cetuximab	11
L01XC07	Bevacizumab	11
L01BA04	Pemetrexed	10
L01XA03	Oxaliplatin	10
L01XC08	Panitumumab	10
L01XX17	Topoteka	10
L01XX19	Irinotekan	10
J02AA01	Amfotericin B	5
J06BA02	Humant, normalt immunglobulin för intravaskulärt bruk	5
J02AC03	Vorikonazol	4
J02AX04	Caspofungin	4
J02AX06	Anidulafungin	3
L04AB02	Infliximab	3
L04AB04	Adalimumab	3
J06BB16	Palivizumab	2
L01BC01	Cytarabin	2
L01XC02	Rituximab	2
L04AB01	Etanercept	2
M03BX01	Baklofen	2
Övriga	Övriga	1

Majoriteten av de ingående ATC-grupperna innehåller endast en prisnivå, dvs endast en kostnad per administrationstillfälle. Några grupper har dock flera nivåer, se nedanstående tabell.

Tabell 4 Antal prisnivåer (kostnad per administrationstillfälle) per ATC-grupp

ATCkod	Substans	Antal prisnivåer
L01DB01	Doxorubicin	4
L01XC07	Bevacizumab	3
J06BA02	Humant, normalt immunglobulin för intravaskulärt bruk	3
J02AA01	Amfotericin B	2
L01CD02	Docetaxel	2
L01XC02	Rituximab	2
L03AB07	Interferon beta	2
L04AB02	Infliximab	2
	Alla övriga ATC	1

Läkemedlet Lioresal finns både som tablett och som infusionsvätska. I förteckningen ingår endast den parenterala beredningsformen. Den perorala beredningen uppfyller inte kostnadskriterierna för att ingå i förteckningen.

En översikt över läkemedelsförsäljningen och relationen till förteckningens läkemedel

Apotekets AB läkemedelsförsäljning år 2008 uppgick totalt till 34,9 miljarder (AUP (Apotekets utförsäljningspris) exklusive moms), varav 2,9 miljarder avsåg handköp till allmänheten. Försäljningen av receptbelagda läkemedel samt av rekvisitionsläkemedel uppgick alltså till 32 miljarder kronor.

Hur läkemedlen på förteckningen förhåller sig till den totala läkemedelsförsäljningen framgår av nedanstående tabell

Tabell 5 Läkemedelsförsäljningen i Sverige 2008 och dess förhållande till försäljningen av läkemedel i förteckningen. AUP exklusive moms. Källa Läkemedelsindustriföreningen (Fakta 2009 Läkemedelsmarknaden^a) samt databasen Explain^b

	Miljarder	Andel, procent
Total läkemedelsförsäljning exkl handköp ^a	32	
Total försäljning av läkemedel på förteckningen ^b	4,8	15
Receptläkemedel, total försäljning ^a	26	
Försäljning via recept av läkemedel på förteckningen ^b	2,6	10
Rekvisitionsläkemedel, total försäljning ^a	6	
Försäljning via rekvisition av läkemedel på förteckningen ^b	2,2	37

Kostnaden per administrationstillfälle för de ingående läkemedlen varierar från 1005 till 177302 kronor. Spridningen framgår av nedanstående diagram.

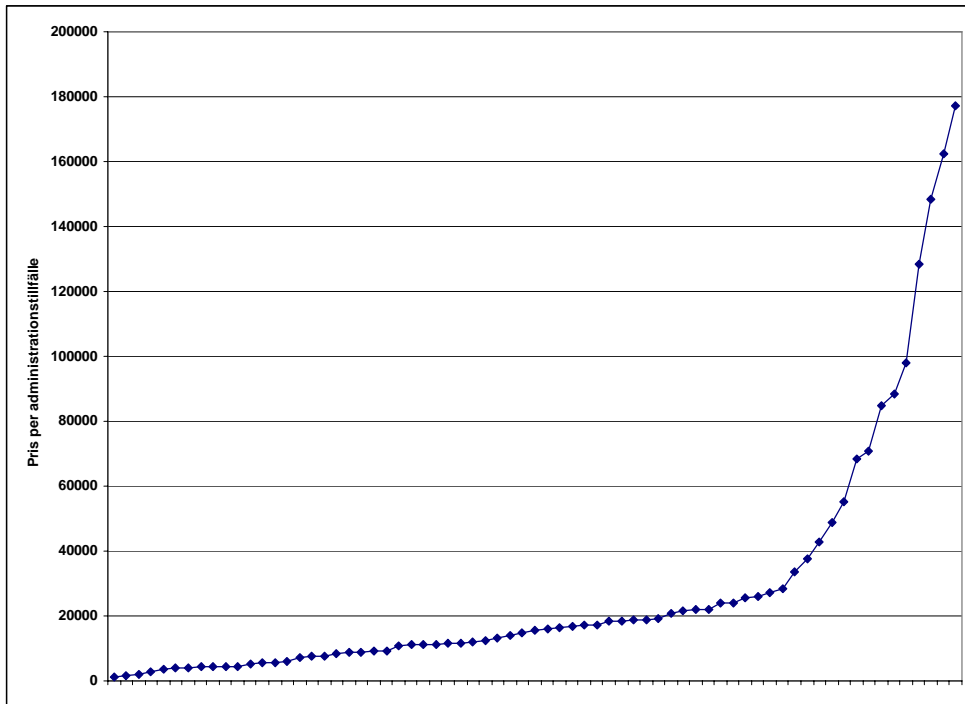


Diagram 1 Kostnad per administrationstillfälle för de preparat som ingår i förteckningen.

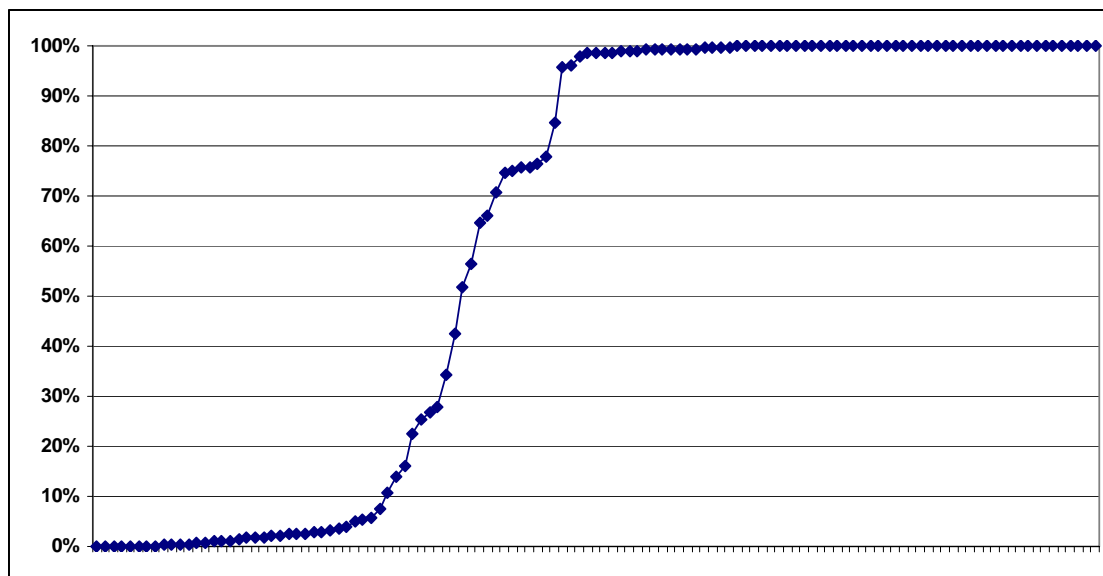


Diagram 2 Andelen rekvisitionsförskrivningar för de preparat som ingår i förteckningen

Majoriteten av de läkemedel som ingår i förteckningen förskrivs till övervägande del på rekvisition.

Kostnaden per administrerad dos per MDC varierar påtagligt. Diagrammet nedan visar kostnadsskillnaderna för de olika indikationerna inom MDC 1, sjukdomar i nervsystemet.

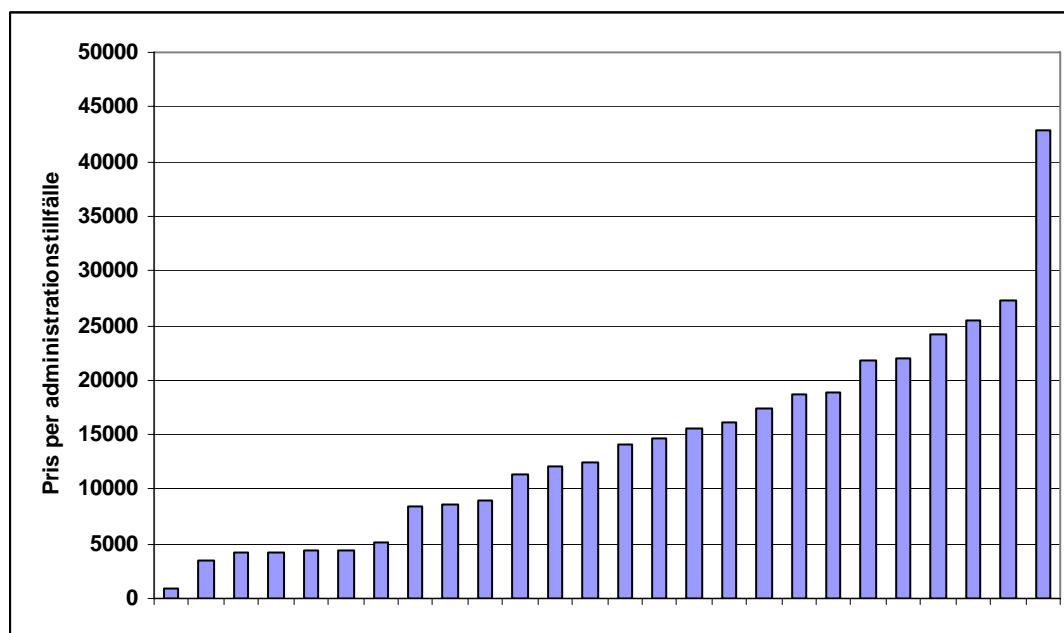


Diagram 3 Pris per administrationstillfälle för olika indikationer inom MDC 1, Sjukdomar i nervsystemet. Avser vuxna.

Förteckningens framtida användning

Rekvistionsläkemedel ges till patienten antingen vid mottagningsbesök eller inom slutenvården.

Läkemedel som förskrivs på recept kan däremot ges till patienten på flera olika sätt. De kan

- tillföras av patienten själv oavsett var hon/han befinner sig – vilket är det absolut vanligaste
- tillföras i hemmet med hjälp av primärvården, hemsjukvården, distriktssköterska etc
- administreras vid mottagningsbesök inom specialistvården
- tillföras kontinuerligt via pump som fylls på vid behov antingen vid mottagningsbesök eller i hemmet

Praxis, för om läkemedel förskrivs på recept eller används på rekvisition, varierar mellan landsting och även mellan enheter inom samma landsting. Registrering av läkemedelstillförel vid mottagningar och inom slutenvården speglar alltså inte den totala läkemedelsförbrukningen för respektive läkemedel. Vi förordar i denna rapport att nuvarande förskrivningspraxis, recept eller rekvisition, inte ska påverka om ett läkemedel finns med på förteckningen över dyra läkemedel. Det är troligt att mönstret för vad som förskrivs på recept respektive rekvisition kommer att förändras över tiden och därför bör detta förhållande inte tas som utgångspunkt för vilka läkemedel som ingår i förteckningen.

Den ursprungliga avsikten med förteckningen var att undersöka om kostnaderna för de dyraste läkemedlen kunde integreras i KPP-systemet och senare eventuellt även i DRG-systemet. En koppling till KPP-systemet skulle kunna möjliggöra bättre uppföljning av specifika patientgrupper. Kostnaderna för de allra dyraste rekvisitionsläkemedlen skulle

kunna fördelas till de patienter som fått behandlingen. Detta förutsätter en manuell registrering, eftersom IT-systemen ännu inte är kan hantera detta.

Landstingen har möjlighet att avtala direkt med läkemedelsföretagen om priset för rekvisitionsläkemedel. Den faktiska prisnivån kan skilja väsentligt mellan olika landsting. Vid en eventuell framtida registrering av dyra läkemedel med påverkan på DRG-systemet bör därför de registrerade uppgifterna endast användas för uppföljningsändamål - inte för ersättning.

Ett annat motiv för att använda sig av förteckningen skulle kunna vara att man därigenom får en uppfattning om användningen av rekvisitionsläkemedel. Det saknas i dagsläget kunskap om användningen av rekvisitionsläkemedel på makronivå. Som framgår ovan utgör kostnaden för läkemedlen på förteckningen cirka 37 % av de totala kostnaderna för rekvisitionsläkemedel.

Ytterligare skäl för ta fram förteckningen är

- att möjligheterna att belysa medicinsk praxis ökar
- att sjukvårdens effektivitet kan beskrivas mer korrekt än tidigare
- att möjligheterna för uppföljning av eventuell indikationsglidning förbättras för just dessa dyra läkemedel och
- att den ekonomiska redovisningen för dyra läkemedel vid utomlänsvård kan underlättas

Praxis för förskrivning av läkemedel på recept eller rekvisition skiljer sig mellan landstingen. Cerezyme[®] är ett läkemedel vid Gauchers sjukdom som endast kan ges intravenöst, vilket innebär att tillförseln endast sker med hjälp av sjukvården, vanligen genom att patienten besöker en mottagning. I de flesta landsting förskrivs Cerezyme huvudsakligen på recept. Men i ett landsting är förhållandet det motsatta, läkemedlet används uteslutande på rekvisition. Eftersom uppgifter från en framtida registrering ska användas för statistiskt bruk kommer sådana praxisskillnader att försämra värdet av sådana sammanställningar. En eventuell framtida nationell rekommendation om registrering bör därför även innehålla anvisningar för hur läkemedlen på förteckningen ska förskrivas, på recept eller via rekvisition.

I eventuella framtida nationella rekommendationer om registrering behövs det även regelverk för registrering av

- läkemedel som ges en eller flera gånger per dag eller i kontinuerlig infusion
- läkemedel som deponeras i implanterbara pumpar

Förhållandena på läkemedelsmarknaden förändras snabbt. Förteckningen avser förhållandena under vintern/våren 2009. Om förteckningen kommer att användas som grund för framtida manuella registreringar fordras årliga uppdateringar. Sådana uppdateringar fordrar aktuell kunskap om användningen av nya läkemedel, något som man bäst får genom ett fortsatt samarbete mellan Socialstyrelsen och landstingen i de former som gällt i detta projekt.

Frågan om den framtida användningen av förteckningen kommer att analyseras och utredas ytterligare inom Enheten för DRG och patientregistret (tidigare CPK-PAR), Socialstyrelsen, under hösten 2009. Eventuella nationella rekommendationer om registrering av läkemedlen på förteckningen kommer att gälla tidigast från 2011.