

Utbyte av läkemedel utan subvention

Det är olagligt för ett apotek att hjälpa en patient som vill byta ett receptbelagt läkemedel utan subvention¹. Detta är frustrerande för både patienter, apotekspersonal och läkare. Priserna är olika på olika apotek och det är svårt för läkare och patienter att göra prisjämförelser, vilket också leder till minskad prispress och därmed högre priser.

Förslag till åtgärd:

- Tillåt frivillig utbytbarhet och priskonkurrens på receptbelagda läkemedel utan subvention
- Gör som i Danmark och Finland och reglera apotekens marginal på samma sätt som med subventionerade läkemedel
- Använd befintliga system för prissättning så priserna blir enhetliga på apotek och synliga för patienter och förskrivare
- Frågan är utredd² och har brett stöd från nästan alla remissinstanser

¹ I Sverige subventionerar staten de flesta, men inte alla läkemedel. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, TLV, beslutar om ett läkemedel ska vara subventionerat och omfattas av högkostnadsskyddet, dvs ingå i läkemedelsförmånen.

² SOU 2017:76

<https://www.regeringen.se/4a88ef/contentassets/3ca7001c686142818059e7fe68f4c697/enhetliga-priser-pa-receptbelagda-lakemedel.pdf>

Dagens regelverk

Det är förbjudet att byta ett förskrivet läkemedel om patienten betalar hela kostnaden själv. Utbyte av receptbelagda läkemedel (så kallad generisk substitution) regleras i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. Men lagen reglerar endast läkemedel som ingår i läkemedelsförmånen, dvs subventioneras av staten. Det är tillåtet att byta mellan läkemedel utan förmån till medicinskt likvärdiga läkemedel med förmån. Men det är inte tillåtet att byta till läkemedel utan förmån även om dessa läkemedel har klassats som medicinskt utbytbara av Läkemedelsverket. Läkemedel som inte subventioneras har idag fri prissättning på apotek och det kan vara olika priser på samma produkt på olika apotek. Förskrivande läkare ser inte i sina patientjournalers läkemedelsmoduler vad de olika alternativen kostar. Varken läkare eller patient har idag tillgång till information om priser för olika alternativ – varken för tillverkare av samma substans eller mellan olika substanser.

Negativa konsekvenser för patienter och förskrivare

Nuvarande regelverk innebär en rad negativa konsekvenser för patienter och förskrivare:

- Läkare och patienter ser inte i journalen vad olika generiska alternativ kostar vid förskrivningstillfället
- Läkare och patienter ser inte vad identiska förpackningar (från samma tillverkare) kostar på olika apotek vare sig vid förskrivning eller senare för val av apotek under receptets giltighetstid
- Om förskrivet läkemedel inte är subventionerat får apoteken inte byta ut medicinskt utbytbara läkemedel utan förskrivande läkare kontaktas för nytt recept. (onödig tid och kostnad för patient och vården)
- Priskonkurrensen hämmas och når inte Apotekens utförsäljningspris (AUP)
- Receptbelagda läkemedel har olika priser beroende på var i Sverige man bor (om de ej omfattas av läkemedelsförmånen)

Detta har uppmärksammats i media vid ett flertal tillfällen.³

Vad bör göras

Det är alltså två separata delar som måste åtgärdas. Dels utbytbarheten på apotek, dels ett öppet prissystem som lockar till priskonkurrens.

Prissystemet är redan utrett av Anna-Lena Sörenson presenterad i SOU 2017:76 - Enhetliga priser på receptbelagda läkemedel. Utredningsförslaget gick i korthet ut på att efterlikna nuvarande utbytessystem inom förmånen vilket innebär att apoteken

³ <https://www.svd.se/ta-bort-prisskillnader-for-lakemedel-pa-recept>
http://www.svd.se/opinion/brannpunkt/stora-prisskillnader-pa-lakemedel_8605494.svd
http://www.svd.se/opinion/brannpunkt/patienter-far-betala-onodigt-hoga-priser_8612902.svd
<http://sverigesradio.se/sida/artikel.aspx?programid=2778&artikel=5750785>

skulle ha en fast apoteksmarginal och att alla priser skulle vara lika på alla apotek. Utredningsförslaget fick ett brett stöd från nästan alla remissinstanser.

Utredningens förslag var att efterlikna systemet som finns i Danmark och Finland där apoteken har en fast apoteksmarginal för läkemedel utan förmån. Tabell 4.2 från utredningen visar tydligt fördelarna för patienterna. Sammanställningen visar också lika tydligt varför apoteken inte gillar förslaget.

Tabell 4.2 Prisjämförelse på sildenafil mellan nordiska länder (SEK), augusti 2016

Lägsta AUP per land

	Sverige	Norge	Danmark	Finland
Sildenafil 50 mg 12 st	255	340	36	36
Sildenafil 100 mg 12 st	305	369	40	38
Prisdiff. jämfört med Sverige	-	27 %	-86 %	-87 %
Fast marginal för apotek	nej	nej	ja	ja

Källa: Föreningen för Generiska läkemedel (2016). Alla valutor är omräknade till SEK. Sammanställningen är korrigerad för moms i Norge och Danmark 25 %, Finland 9 % och Sverige 0 %.

Riksrevisionen granskade apoteken 2022 och påtalade att ”i och med att apoteken blivit vinstdrivande” förekommer på vissa håll ”missbruk” och ”överprissättning”.⁴

Riksrevisionen skriver att: ”Nya apoteksmarknadsutredningen (S 2015:06) tog upp apotekens differentierade prissättning och föreslog att apotekens marginaler och försäljningspris för dessa läkemedel skulle regleras. Regeringen behandlade inte frågan i propositionen.”

Riksrevisionens rekommendation till regeringen är att: ”Inför bestämmelser som hindrar apotek från att ta ut överpriser på specialkost till barn och på läkemedel som inte ingår i läkemedelsförmånerna men subventioneras av staten eller regionerna.”⁵

Efterlikna utbytessystemet inom förmånen

Sverige har ett mycket effektivt system för utbyte av generiska läkemedel inom läkemedelsförmånen. Tandvårds- och Läkemedelsförmånsverket (TLV) har beräknat att byte till generiska läkemedel ger staten en besparing på 8 miljarder kronor per år jämfört läkemedlens ursprungliga priser.⁶ Dessa besparingar kommer skattebetalarna till del om patienten har frikort eller partiell subvention och kommer patientens egen plånbok till del om patienten inte har frikort, betalar hela eller delar av priset ur egen ficka.

Det finns redan ett etablerat IT-system och arbetssätt inom förmånen. Både apotek och läkemedelsföretag är vana att använda systemen och principerna för utbyte.

⁴ Riksrevisionen: Statens tillsyn över apotek och partihandel med läkemedel (RIR 2022:11) sid 65

⁵ Riksrevisionen: Statens tillsyn över apotek och partihandel med läkemedel (RIR 2022:11) sid 5

⁶ TLV: Översyn av 2011 års modell för utbyte av läkemedel på apotek, (dnr 2550/2011), sid 4

Utgångspunkten bör därför vara att efterlikna systemet som bevisligen är effektivt. Därmed behövs några nödvändiga förutsättningar:

- Fast apoteksmarginal
- Utbytbarhet
- Ingen förhandlingsrätt
- Patienten erbjuds det utbytbara alternativ som har lägst pris - men har möjlighet att välja annat alternativ om hen så önskar

FGL vill dock poängtera att det generiska utbytet är en rättighet för patienten, inte en skyldighet. Ibland beskrivs systemet som tvingande, men det är patienten som väljer. Substitution är inte tvingande. I dagens substitutionsmodell inom förmånen kan patienten alltid välja att inte byta, men då till en högre kostnad. Utbyte av läkemedel utanför förmånen ökar alltså valmöjligheten för patienten/kunden, i motsats till dagens situation då patienten i praktiken knappt har någon reell valmöjlighet annat än att gå tillbaka till läkaren för att få ett nytt recept.

Utbytbarhet

Läkemedel som Läkemedelsverket bedömt vara medicinskt utbytbara bör vara utbytbara på apotek oavsett om läkemedlet är subventionerat eller inte. Bedömningen bör vara baserad på medicinska snarare än ekonomiska grunder. Det är egentligen märkligt att detta inte lösts tidigare. Att medicinskt utbytbara läkemedel inte fått bytas ut med mindre än att förskrivaren måste ändra i receptet har tagit onödig tid och resurser från läkare, apotekspersonal och patienter. Denna uppdelning av utbytbarhet beroende på förmånsstatus känner FGL inte igen från något annat land som tillämpar utbytbarhet på apotek.

Ingen förhandlingsrätt mellan läkemedelsindustri och apotek

FGL menar att marknaden tjänar staten och medborgarna. Det är staten som måste styra marknaden och valet av spelregler är helt avgörande för om och hur konkurrensen kommer att fungera.

Om en generikaleverantör har lyckats pressa kostnaderna och har möjlighet att sänka priset med 20 kr, hur ska företaget då använda detta utrymme för att öka sina marknadsandelar?

Om läkemedlet hade varit inom läkemedelsförmånen finns bara ett alternativ; att sänka det officiella priset på apotekets inköpspris (AIP) som får en direkt verkan på apotekets utförsäljningspris (AUP). Inom förmånen är det olagligt att ge rabatt till apoteken, d.v.s. det är inte tillåtet att sälja till ett pris som understiger TLV:s fastställda pris. Läkemedelsföretaget som sänker AIP/AUP får en prisfördel jämfört med övriga leverantörer av samma substans och blir utsedd till periodens vara (PV) och får därmed automatiskt högst marknadsandel.

Men om apoteken ges rätt att förhandla priset med läkemedelsbolagen uppstår två alternativ för läkemedelsbolaget:

- Sänka det officiella priset (AIP och AUP) eller
- Ge mellanskillnaden till apoteken (utan att sänka AIP och AUP)

Alla företag strävar efter att maximera vinster och apoteken skulle naturligtvis föredra alternativ två. I detta scenario kommer apoteken att lagerföra den produkt de tjänar mest på och erbjuda den produkten istället för den produkt som ligger lägst i pris. Om patienten inte får information om vilken produkt som ligger lägst i pris så tror sannolikt patienten att denne får den produkt som har lägst pris (som inom PV-systemet). Även om patienten skulle ha information om vilken produkt som ligger lägst i pris är sannolikheten hög att patienten hellre betalar lite extra (jämfört med lägst pris) för att slippa gå till ett annat apotek eller slippa komma tillbaka en annan dag. Eftersom apoteken redan har förhandlingsrätt på receptfria läkemedel och handelsvaror kan apoteken dessutom sätta extra press på företag med stort förhandlingsassortiment. Vill man fortsätta leverera receptfria läkemedel och handelsvaror så förväntar sig inköpscheferna att generikaleverantörerna man har avtal med ska välja att ge rabatter i stället för att sänka officiella utpriser. Om generikaleverantören inte vill förhandla på läkemedel utan förmån kanske apotekskedjan väljer att samarbeta med en mer följsam leverantör.

Om båda alternativ är tillåtna kommer sannolikt läkemedelsbolag att prova båda metoder och i slutändan välja den metod som ger bäst effekt. Även läkemedelsföretag strävar efter att maximera sina vinster och väljer den metod som ger bäst resultat. Om det generellt ger bättre effekt att använda ett utrymme för prissänkningar till rabatter till apotekskedjor kommer prispressen för konsument helt att avta. Det är exakt det som hände i Norge vid omregleringen av apoteksmarknaden. Staten hade hoppats på att det skulle bli priskonkurrens på receptbelagd generika inom läkemedelsförmånen men tillät apoteken att själv välja vilket generiskt alternativ som skulle erbjudas. Alla prissänkningar gick då till apotekskedjorna och prispressen på AUP avtog. Detta är inte spekulationer i nationalekonomisk teori. Det är fakta. Vi vet redan svaren på hur det fungerar på marknader med förhandlingsrätt (Norge) och på marknader utan förhandlingsrätt (Sverige, Danmark och Finland). Det är ungefär samma generikaleverantörer och samma produkter från samma fabriker i alla nordiska länder. Om en generikaleverantör sänker priset på ett receptbelagt läkemedel inom förmånen med 20 kr samtidigt i Norge, Danmark och Sverige så sjunker priset per automatik i Danmark och Sverige, men i Norge stannar hela sänkningen i apotekskedjornas fickor (AUP rör sig inte alls).

Genom att införa förhandlingsrätt på generiska läkemedel utan förmån riskerar man att få överspillningseffekt till utbytesmarknaden inom förmånen. Generikaföretag med stor portfölj av receptfria varor samt läkemedel utan förmån blir extra känsliga för påtryckningar och förväntningar från apotekskedjor de har avtal med.

Med erfarenheten från Norge i åtanke valde lagstiftaren då det säkra före det osäkra och förbjöd förhandlingsrätt på utbytbar generika men tillät förhandlingar på övrigt sortiment. På parallellimport (som tidigare hade samma marknad som generika) tilläts efter omregleringen prissänkningar. Vi vet alla hur det slutade. Prissänkningarna som före omregleringen gick hela vägen ut till AUP fastnade nu hos apoteken. Priset på parallellimporterade produkter sänks nu i princip inte alls jämfört med motsvarande direktimporterade produkter. Apoteken har laglig rätt att förhandla men också laglig rätt att konkurrera med AUP. De väljer att utnyttja rätten

att förhandla AIP men väljer också att avstå från rätten att konkurrera med ett lägre AUP. Priselasticiteten på receptbelagda läkemedel är mycket låg så det är ett helt rationellt agerande från apotekens sida. Varför sänka AUP om det inte ger någon effekt? Hade det varit vanliga konsumentprodukter som t.ex. hemelektronik så hade priskonkurrensen fungerat eftersom konsumenterna själva väljer om de vill köpa och vad de vill köpa. Köpet är initierat av konsumenten och detaljisterna marknadsför sina priser via reklam för att få potentiella kunder att välja just deras affärer. Det är i princip samma produkter på de olika hemelektronikkedjorna så priset är en avgörande faktor för konsumenten när denne ska välja butik/kedja. Även när det gäller receptbelagda läkemedel så har alla kedjor samma produkter. Men där slutar likheterna. Skillnaderna är istället fler än likheterna.

- Det är förskrivaren som väljer om patienten behöver ett läkemedel eller inte
- Det är förskrivaren (inte patienten) som väljer vilken substans som ska användas
- Detaljisterna (apoteken) får inte marknadsföra receptbelagda läkemedel
- Producenterna (läkemedelsbolagen) får inte heller marknadsföra läkemedlen till användarna (patienterna)

Eftersom priserna inte får marknadsföras skapas inte heller någon drivkraft att sänka priser och ge kampanjerbjudanden med låga priser. Då prisreklam inte är tillåtet är det inte heller så konstigt att inte prispressen fungerar som konkurrensfaktor i apoteksledet. I och med att det är förskrivaren som väljer behandling och produkt så har patienten inte heller anledning att se sig som en aktiv konsument på samma sätt som på en vanlig marknad. Patienterna tror nog ofta att samhället redan har reglerat detta. Många har nog inte ens vetat om att priserna på receptbelagda läkemedel skiljer sig åt mellan olika apotek.

Patienten bör erbjudas det utbytbara alternativ som har lägst pris

Inom förmånen expedieras normalt det läkemedel som har lägst pris, d.v.s. det läkemedel som TLV utsett till periodens vara. Det är dock inget tvång. Patienten har alltid ett val att betala mer för att få en annan utbytbar produkt. Eftersom patienten får betala hela avgiften om denne vill ha en produkt som inte är PV, och inte är förskrivet på receptet, så blir det naturligt att apotekspersonalen förklarar varför när inte hela beloppet är förmånsgrundande.

När det gäller läkemedel utan förmån betalar patienten hela beloppet själv. Men om apoteken vill sälja en produkt som apoteket har högre vinst på, hur ska då patienten veta att det finns ett billigare alternativ? Därför menar FGL att apoteken ska ha informationsplikt att upplysa om vilket utbytbart alternativ som har lägst pris på marknaden i de fall då apoteken erbjuder något annat än lägst pris. Om patienten erbjuds den produkt som har lägst pris behövs alltså ingen upplysning. Denna upplysningsplikt torde göra det svårare för apoteken att erbjuda någon annan produkt och därmed garantera att det verkligen blir byte till lägst pris och att priskonkurrensen blir effektiv.

Frågeställningar:

Fråga:

Är det en ovanlig och extraordinär åtgärd att reglera läkemedelspriser när kostnaden inte drabbar skattebetalarna?

Svar:

Nej. Receptbelagda läkemedel är inte en vanlig marknad.

- I samtliga våra nordiska grannländer är det prisreglering även på läkemedel utan subvention.
- Patienten är inte en konsument i vanlig bemärkelse.
- Det är förskrivaren och inte patienten som har valt produkt, d.v.s. vilket läkemedel som bör användas.
- Det är varken rimligt eller önskvärt att lägga ansvaret på patienten. Patienten behöver hjälp av samhället och måste förlita sig på samhällsansvaret snarare än marknadskrafterna när det gäller receptbelagda läkemedel.
- Att avstå från behandling kan få konsekvenser för både patienten och för samhället.
- Att patienter inte uppmärksammat detta tidigare beror sannolikt på att patienterna utgår ifrån att staten redan har reglerat detta.
- I våra grannländer Finland, Norge och Danmark är medicinskt utbytbara läkemedel utbytbara på apotek oavsett om det är samhället eller patienten som betalar läkemedlen. I den frågan är det snarare Sverige som sticker ut.

Fråga:

Innebär inte substitution att valfriheten begränsas?

Svar:

Snarare tvärtom, patienternas valfrihet ökar.

- Substitution är inte tvingande (inte ens i dagens modell inom förmånen – patienten kan alltid välja att inte byta – men till en högre kostnad).
- Utbyte på läkemedel utanför förmånen ger flera valmöjligheter för patienten/kunden, i motsats till dagens situation då patienten i praktiken knappast har någon reell valmöjlighet.
- Nuvarande regelverk utom förmånen begränsar patientens valmöjlighet till:
 - a. välja det som står på receptet
 - b. gå tillbaka till läkaren för att få ett nytt recept (onödigt, tidskrävande och dyrt för både patienten och skattebetalarna)
- Om förslaget genomförs ökar patienternas valfrihet:
 - a. välja det billigaste alternativet (d.v.s. det som apoteket ska erbjuda i första hand)
 - b. välja det som står på receptet
 - c. välja någon av alla andra alternativ som är medicinskt utbytbara (om det t.ex. finns önskemål om blister, burk tablettform mm)

Fråga:

Blir det inte bättre att enbart införa möjlighet till substitution men låta prissättningen vara fri på apoteken – så kan apoteken konkurrera med varandra med pris och använda sin förhandlingsrätt att pressa priserna?

Svar:

Bättre för apotekens vinster kanske, men knappast för patienterna.

- Det är svag eller ingen priselasticitet på receptbelagda läkemedel:
 - a. Patienterna väljer inte läkemedel.
 - b. Varken apoteken eller läkemedelsföretagen får göra reklam om receptbelagda läkemedel så det finns inget naturligt sätt att priskonkurrera.
 - c. Erfarenheterna från generikamarkanden i Norge visar att kraftiga prissänkningar från generikaleverantörerna sällan (eller för att tala klarspråk aldrig) används till att sänka priserna till kund.
 - d. Erfarenheterna från marknaden för parallellimport i Sverige visar samma sak (prispress på inköpspris för apoteken ger inte prispress för apotekskund).
 - e. Erfarenheterna från läkemedel utanför förmånen i Sverige visar också samma resultat.

Den modellen ger alltså tre signifikanta nackdelar:
(jämfört med FGL:s förslag)

1. Högre pris på apotek
2. Sämre transparens
3. Olika priser på olika apotek

Fråga:

Är detta i första hand en ekonomisk fråga?

Svar:

Det är en kombination av ekonomi, medicin och samhällsansvar. Patienterna betalar onödigt mycket för sina läkemedel i ovetskap i och med att de litar på att samhället redan reglerat detta. Medborgarna förutsätter att cancerpatienter inte ska behöva jaga runt på apoteken för att jämföra priser eftersom vissa apotek inte vill lämna ut priset. Vissa apotek kräver idag att patienten kommer in på apoteket med ett för dem giltigt recept med personnummer på apoteket innan de berättar vad det kostar.

Men viktigast av allt är nog ändå den medicinska aspekten. Detta är kanske inget kortsiktigt problem för skattebetalarna eftersom läkemedlen ändå inte betalas av samhället. Men det innebär ett stort problem om till exempel unga tjejer avslutar sin p-pillerbehandling av ekonomiska skäl. I förlängningen kan det bli en större ekonomisk kostnad för samhället och en smärre katastrof för patienten.