

Regionstyrelsen

## Yttrande över slutbetänkande SOU 2018:89 Tydligare ansvar och regler för läkemedel, S2019/00100/FS

### Förslag till beslut

Regionstyrelsen antar redovisat yttrande som sitt svar över slutbetänkande SOU 2018:89 Tydligare ansvar och regler för läkemedel, S2019/00100/FS.

Yttrandet överlämnas till Socialdepartementet.

### Bakgrund

Region Kalmar län har beretts möjlighet att yttra sig över slutbetänkande SOU 2018:89 Tydligare ansvar och regler för läkemedel.

Läkemedelsutredningen, vars slutbetänkande remissen åsyftar, är den första specifika översynen av finansieringsansvaret för förmånsläkemedel sedan 1998. Utredningen har även sett över de regler för prissättning och subvention av läkemedel som tillkom för mer än 15 år sedan.

### Sammanfattning av yttrandet

Utredarna föreslår att det särskilda bidraget för regionernas läkemedelskostnader avskaffas för att istället läggas in som en del i det generella statsbidraget. En sådan förändring skulle innebära att annan verksamhet i regionerna skulle trängas undan resursmässigt när kostnaderna för läkemedel ökar. Det skulle därmed ge stora konsekvenser i regionernas verksamheter. Region Kalmar län föreslås därmed bejaka detta, endast under förutsättning av att uppräknings görs som beaktar utveckling av skatteunderlaget, alternativt att det genomförs en skatteväxling. Ovanligt höga kostnader för sällsynta sjukdomar föreslås dock fortsatt stödjas av staten, liksom användning av nya läkemedel, men föreslaget belopp förefaller alltför lågt. Ett införande av förslaget förutsätter att beloppet är tillräckligt högt. Socialstyrelsens prognoser för läkemedelsanvändning föreslås upphöra, vilket Region Kalmar län inte tillstyrker.

Harmonisering av preventivmedelssubvention föreslås, liksom att de hanteras via eHälsomyndigheten för att underlätta fakturering. Detta är förenklingar som Region Kalmar län bör stå bakom.

Läkemedel innehållande insulin är idag helt kostnadsfria för patienten. Denna särbehandling av en läkemedelsgrupp föreslår utredarna ska slopas och att hanteringen istället blir som för andra läkemedel. På samma sätt föreslås sådan hantering även för förbrukningsartiklar som behövs för att tillföra kroppen vissa läkemedel. Dessa föreslås också undantas

mervärdesskatt på motsvarande sätt som läkemedel. Region Kalmar län föreslås stödja dessa förslag.

Utredningen vill ge myndigheter som Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) och Läkemedelsverket utökade uppdrag. Uppdraget innebär bland annat att följa upp läkemedelsanvändningen och tillsynsuppdrag för att se till att förmånsbegränsningar efterlevs, respektive upprätta kunskapsunderlag inför hälsoekonomisk bedömning av läkemedel. Regionen anser att detta är ett bra men resurskrävande förslag.

Regionernas återbäringsavtal föreslås regleras ungefär i linje med dagens modeller. Staten ska inte vara avtalspart, endast regionerna och företagen. Dock ska avtalen gälla för samtliga patienter i samtliga regioner. Region Kalmar län föreslås bejaka förslaget, även om det bästa hade varit sänkta listpriser. Apotekens förhandlingsrätt avseende parallellimporterade läkemedel föreslås slopas. Anledningen är att dessa modeller krockar, och den senare inte lett till de positiva effekter för patienterna man förväntade sig vid apoteksmonopolets avskaffande.

En ny myndighet (Läkemedelsrådet) föreslås inrättas av regionerna gemensamt. Myndigheten ska avge rekommendationer för rekvisitionsläkemedel och ta över en del av de uppgifter Rådet för nya terapier (NT-rådet) idag utför. Utredningen tycks inte ha tagit hänsyn till den pågående utvecklingen med allt mer utsuddade gränser mellan öppen och sluten vård. Det är alltför kortsiktigt att klassificera läkemedel som antingen förmånsläkemedel eller rekvisitionsläkemedel, i synnerhet med tanke på omställningen till nära vård. Regionerna kan dessutom ha behov av rekommendationer för båda kategorierna (beviljad förmån behöver inte betyda lämpligt läkemedelsval). Läkemedelsindustrin får uttalad rätt att söka rekommendation även för läkemedel som inte inkluderas i förmån, men vinsten för regionerna med ytterligare en myndighet är oklar.

Samma läkemedel kan användas både för sig och i kombination med andra för vissa indikationer. Detta gör att kostnaden på patientnivå kan variera ganska kraftigt. Utredningen föreslår därför att samma vara ska tillåtas ha olika priser för olika indikationer. Eftersom det här är mycket svårt att följa upp finns risk för kreativa lösningar för att kringgå systemet. Det vore mer robust att beräkna ett genomsnittligt pris för samtliga godkända indikationer, där även beräknat antal patienter för respektive indikation får vägas in.

Mattias Landerdahl  
läkemedelschef

Ellen Vinge  
klinisk farmakolog

## Bilagor

1. Yttrande över Remiss av slutbetänkande SOU 2018:89 Tydligare ansvar och regler för läkemedel, S2019/00100/FS, daterat den 31 mars 2019
2. Sammanfattning SOU 2018:89

Socialdepartementet

## Yttrande över Slutbetänkande SOU 2018:89 Tydligare ansvar och regler för läkemedel, S2019/00100/FS

Utredarna föreslår att det särskilda bidraget för regionernas läkemedelskostnader avskaffas för att istället läggas in som en del i det generella statsbidraget. En sådan förändring skulle innebära att annan verksamhet i regionerna skulle trängas undan resursmässigt när kostnaderna för läkemedel ökar. Det skulle därmed ge stora konsekvenser i regionernas verksamheter. Region Kalmar län bejakar därför förslaget, endast under förutsättning av att uppräknings görs som beaktar utveckling av skatteunderlaget, alternativt att det genomförs en skatteväxling. Ovanligt höga kostnader för sällsynta sjukdomar föreslås dock fortsatt stödjas av staten, liksom användning av nya läkemedel, men förslaget belopp förefaller alltför lågt. Ett införande av förslaget förutsätter att beloppet är tillräckligt högt. Vidare anser regionen att definitionen av ”nya läkemedel” måste vara tydlig och inte alltför snäv, eftersom en bred användning av nya läkemedel inte alltid börjar omedelbart efter lansering på marknaden. Först sedan behandlingsresultaten bedöms som robusta och viss klinisk erfarenhet skapats, brukar användningen av nya läkemedel ta fart på allvar. Det förstärks ytterligare när läkemedlen förs in i nationella vårdprogram och/eller behandlingsriktlinjer.

Region Kalmar län stöder förslaget om att läkemedel som innehåller insulin inte längre ska vara helt kostnadsfria för patienten, utan hanteras som andra läkemedel inom förmånen. Regionen anser inte att en viss läkemedelsgrupp ska särbehandlas.

Region Kalmar län stöder förslaget att Läkemedelsverket får i uppdrag att upprätta kunskapsunderlag för nya läkemedel som godkänns via European Medicine Agency (EMA) och en del andra nya läkemedel, för att underlätta Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets (TLV) arbete med den hälsoekonomiska bedömningen. Utredningens ambitioner för Läkemedelsverket är höga, och förutsätter en förstärkning av den regulatoriska myndighetens resurser. Sannolikt behövs även externt stöd av experter i svensk sjukvård.

Region Kalmar län stöder förslaget att regionerna får ett ökat inflytande vid beslut om subvention för nya produkter, men är tveksam till om detta kan lösas genom att några ledamöter i Nämnden för Läkemedelsförmåner ska

representera regionerna. En större förändring av Nämndens arbetsätt är troligen nödvändig för att ge ett regionerna ett reellt inflytande över kunskapsunderlagen och besluten i Nämnden.

Region Kalmar län stöder förslaget att regioner och företag ska kunna ingå avtal som innebär att kostnaderna för användning av varor som ingår i läkemedelsförmånerna blir lägre än med de officiella priserna. Fördelen är att kostnaderna för dyra läkemedel kan bli betydligt lägre än annars. Nackdelen är att avtalen vanligen är konfidentiella, och försvårar jämförelser av priser och kostnader. Konfidentiella priser medför att det blir svårare att göra prognoser för kostnaderna, och kostnadsuppföljningar kompliceras av att återbäringar ofta kommer långt efter utgifterna. Regionen stöder utredningens uppfattning att avtal för läkemedel som förskrivs på recept ska vara nationella, dvs en enskild region ska inte ha rätt att ingå prisavtal för läkemedel som enbart gäller för patienter i den egna regionen.

Utredningen föreslår att en ny myndighet (Läkemedelsrådet) inrättas, av regionerna gemensamt. Region Kalmar län anser att utredarna inte har tagit hänsyn till den pågående utvecklingen med allt mer utsuddade gränser mellan öppen och slutna vård. Det är alltför kortsiktigt att klassificera läkemedel som antingen förmånsläkemedel eller rekvisitionsläkemedel. Allt fler patienter får exempelvis läkemedel intravenöst i öppen vård, även i hemmet, och regionen ser en utveckling mot mer nära vård.

Region Kalmar län anser att utredningens kategori ”renodlade rekvisitionsläkemedel” därför kommer att bli allt mindre under de kommande tio åren. Det är därmed troligt att många företag som söker om en rekommendation som rekvisitionsläkemedel senare måste göra en ny ansökan om att läkemedlet ska få ingå i förmånen. Regionerna kan ha behov av rekommendationer även för läkemedel där TLV beviljat förmån.

Region Kalmar län anser att den föreslagna modellen med två parallella myndigheter kan bli en svårhanterlig lösning med krav på ytterligare ökad administration och risk för dubbelarbete. Fördelen med förslaget är att det ger läkemedelsföretagen legal rätt att begära en rekommendation till regionerna för nya produkter som inte inkluderas i förmånen. Vinsten för regionerna är däremot oklar. Regionen förutsätter att även negativa rekommendationer från Läkemedelsrådet ska bli offentliga. Region Kalmar län bedömer att NT-rådet sannolikt måste finnas kvar som ett samarbetsorgan för regionerna även efter det att en eventuell myndighet skapats.

Region Kalmar län är tveksam till förslaget att tillåta en vara ha olika pris för olika indikationer. Det inbjuder till kreativa lösningar från forskrivare och andra i hälso- och sjukvården att kringgå systemet, i syfte att få lägsta möjliga pris. Läkemedelsföretagen kan å sin sida välja att lansera en produkt med eget namn för varje ny indikation, även om produkterna i sig är helt identiska ur farmaceutiskt synvinkel. Det vore mer robust att beräkna ett genomsnittligt pris för samtliga godkända indikationer, där även beräknat antal patienter för respektive indikation får vägas in. Om ett företag ansöker om nya indikationer för sin produkt bör TLV göra nya hälsoekonomiska värderingar av priset för varan. Detta bör särskilt ske i de fall då de nya indikationerna är betydligt vanligare än den först godkända indikationen, eller då dosering eller behandlingstid skiljer sig markant.

Region Kalmar län stöder förslaget om att utbytesreglerna ändras för läkemedel utan generisk konkurrens, dvs. för parallellimporterade produkter. Apoteken ska vara skyldiga att byta till den tillgängliga produkt som leder till lägst kostnad för den som betalar (patienten, regionen eller staten). Nuvarande modell med ”apotekens förhandlingsrätt” går stick i stäv med möjligheten till återbäringsavtal mellan regionerna och företagen. Regionen ser gärna en ny modell för hur besparingarna av parallellimporten ska fördelas mellan apoteken och den som betalar (patienten, regionen eller staten).

Regionen stöder förslaget att Socialstyrelsen ska få i uppdrag att göra årliga analyser av jämlik tillgång på läkemedel. Det uppdraget ligger nära Socialstyrelsens årliga prognoser för läkemedelsanvändningen, som utredningen dock föreslår ska upphöra. Regionen anser att det är värdefullt att en statlig myndighet kan göra prognoser, som sedan kan jämföras med de prognoser som regionerna gör, och som bör ligga till grund för uppräknings av det generella bidraget för läkemedel. Tydliga prognoser borde också vara en del i utfärdande av nationella behandlingsriktlinjer.

Region Kalmar län har inget att invända mot förslaget till ökat statligt anslag för behandlingsforskning. Regionen är däremot tveksam till att det ökade anslaget öronmärks för en viss typ av projekt inom detta område (läkemedelseffekter i klinisk användning).

I övrigt ställer sig Region Kalmar län bakom förslagen som redovisas i utredningen.

# Sammanfattning

Detta är slutbetänkandet från Läkemedelsutredningen, den första specifika översynen av finansieringsansvaret för förmånsläkemedel sedan 1998. Vi har även sett över de regler för prissättning och subvention av läkemedel som tillkom för mer än 15 år sedan.

Det viktigaste i utredningens diskussioner kring ansvar, finansiering och prissättning av läkemedel har varit att värna om patienternas förutsättningar att både nu och i framtiden få del av alla de möjligheter som utvecklingen inom hälso- och sjukvården ger till bot och lindring vid sjukdom och ohälsa. Inget land kan emellertid bortse från att vården måste vara kostnadseffektiv och att det finns andra samhällsområden än sjukvård som är angelägna att finansiera solidariskt och gemensamt.

## Uppdrag och arbete

Sedan tillkomsten av systemet för finansiering, subvention och prissättning av läkemedel har förutsättningarna ändrats vad gäller både sjukvårdens organisation och vilka typer av läkemedel som når marknaden. Systemet har utvecklats för att möta förändringarna, men uppfattas nu av många som komplext och svåröverskådligt.

Utredaren ska enligt direktiven analysera om nuvarande system med ett särskilt statsbidrag för läkemedel inom förmånerna är ändamålsenligt eller om det bör förändras i syfte att göras långsiktigt hållbart, effektivt, tydligt och mer förutsägbart. Kopplat till detta pekar direktiven på att det som en följd av eventuella förändringar av finansieringsansvaret behövs en översyn av subventions- och prissättningsystemen i syfte att skapa en god och jämlik tillgång till effektiva läkemedel i Sverige men samtidigt inte ökar kostnaderna jämfört med dagens system.

En av utgångspunkterna för utredningens direktiv är hälso- och sjukvårdens decentraliserade ansvars- och finansieringsordning med tjugoen huvudmän. Till detta ska läggas den alltför ofta förekommande fragmentiserade organiseringen samt lokalt och regionalt beslutsfattande som förutsätts inordnas i en nationell reglering där befolkningen har rätt till god hälsa och vård på lika villkor oavsett var man bor i landet. Sammantaget bidrar detta till att denna, liksom andra statliga utredningar som hanterar frågor kring hälso- och sjukvården, behöver balansera nationella mål med den grundlagsfästa kommunala självstyrelsens handlingsutrymme.

I november 2017 presenterade utredningen en övergripande problembeskrivning i ett delbetänkande (SOU 2017:87).

## **Flera problem med finansiering och prissättning**

### **Finansieringsansvaret påverkar styrningen**

Kostnadsansvaret för läkemedelsförmånerna flyttades formellt från staten till landstingen 1998. Sjukvårdshuvudmännen skulle få bättre möjligheter att styra resursanvändningen och genomföra prioriteringar och därmed skapa bättre vård för befolkningen. Den slutliga överföringen av finansieringsansvaret till sjukvårdshuvudmännen har dock ännu inte genomförts, utan landstingen får fortfarande ett särskilt statsbidrag för kostnaderna för läkemedelsförmånerna. Förskrivningsläkemedel och förbrukningsartiklar som ingår i läkemedelsförmånerna finansieras i praktiken därför av staten. Läkemedel som säljs direkt till sjukvården finansieras av landstingen. En stor andel av kostnaden för läkemedel som förskrivs enligt smittskyddslagen täcks också i dagsläget av staten även om kostnadsansvaret även här ligger hos landstingen. Mellan dessa primära finansieringsmodeller finns flera speciallösningar.

Staten har inte det övergripande ansvaret för hälso- och sjukvården. Därför skapar den nuvarande ansvarsfördelningen en otydlighet vad gäller läkemedel som försvagar styrningen av hälso- och sjukvården och ger otillräckliga drivkrafter att effektivisera. Den nuvarande hanteringen där staten täcker landstingens prognosticerade kostnader för läkemedelsförmånerna ger inte landstingen tillräckliga drivkrafter att gemensamt arbeta för en mer kostnadseffektiv läkemedelsanvändning.

### Prissättningen möter utmaningar

Läkemedel prissätts på olika sätt beroende på om de förskrivs och omfattas av läkemedelsförmånerna eller om de rekvireras. För läkemedelsförmånerna ansöker läkemedelsföretag om subvention och pris hos TLV där beslut fattas utifrån en sammanvägning av den etiska plattformens principer om människovärde, behov, solidaritet och kostnadseffektivitet. Detta kallas ofta värdebaserad prissättning. För vissa, främst parallellimporterade, läkemedel, har apoteken förhandlingsrätt vilket innebär att de får använda andra priser än de som TLV fastställer. Förskrivningsläkemedel som inte omfattas av läkemedelsförmånerna prissätts fritt. Om de förskrivs enligt smittskyddslagen ersätts samtidigt kostnaden av landstingen.

Medan beslut om subvention och pris av ett läkemedel fattas av TLV, är det sjukvården som tillsammans med patienterna bestämmer om och hur läkemedlet ska användas. För vissa läkemedel utfärdar det landstingsgemensamma rådet för Nya terapier (NT-rådet) en rekommendation om användning.

Systemen för att prissätta och betala för läkemedel har utvecklats för att möta nya utmaningar med bland annat mer målinriktade behandlingar och ett behov av mer dynamisk prissättning. Arbetet har varit nödvändigt och gett positiva effekter. Men det har också lett till mer komplexa system, inte minst genom olika processer för nationell prioritering och användningen av konfidentiella avtal. Komplexiteten har i vissa avseenden nått en grad där såväl finansieringen som prissättningen i vissa delar förefaller oförutsägbar, vilket hotar systemens legitimitet.

### Finansieringsansvaret till landstingen – statligt stöd för nya, effektiva läkemedel

Välfärden och sjukvården står inför stora, framför allt demografiskt betingade utmaningar. De finansieringslösningar vi föreslår har därför en viktig utgångspunkt i en strävan att göra ansvarsfördelningen tydligare och att läkemedel ska vara en integrerad del av sjukvården. Viktiga skäl är jämlikheten, förutsättningarna för legitima prioriteringar samt behovet att effektivisera. Vår utgångspunkt är att sjukvården och dess huvudmän måste ha mandat att göra såväl horisontella som vertikala prioriteringar och ges förtroendet och ansvaret



att optimera vårdens insatsfaktorer. Detta innebär att statlig finansiering tydligare bör kopplas till det som är ett statligt eller nationellt ansvar. Dagens system för läkemedelsfinansiering illustrerar också problemet att det i en förhandlingssituation lätt uppstår en mentalitet av att ”vinna” eller ”förlora” för de som förhandlar. I själva verket finns det bara två grupper som egentlig mening kan vinna eller förlora och det är patienterna och medborgarna. Vår uppfattning är att staten och landstingen i slutändan har samma uppdragsgivare. Det är viktigt att försöka skapa ett system som gör det möjligt för staten och landstingen att tillsammans hantera utmaningar som i grunden är gemensamma.

Nya typer av avtal och rekommendationer har lett till förutsättningar att hantera osäkerhet i beslutsunderlag och påverka kostnader och användning av läkemedel. Finansieringen av läkemedel går emellertid inte väl ihop med den ökande användningen av avtal – den produkt som är kostnadseffektiv ur ett nationellt perspektiv är inte alltid det ur landstingens perspektiv. På flera sätt begränsas landstingens möjligheter att skapa prispress.

### Generalisering av bidraget

Finansieringen av läkemedel behöver ändras och ansvarsfördelningen förtydligas. Utredningen har övervägt ett flertal olika modeller för hur finansieringen av läkemedel bör ske i framtiden. Vårt förslag är att statens nuvarande särskilda bidrag för landstingens läkemedelskostnader i sin helhet förs över till det generella statsbidraget. En generalisering av läkemedelsbidraget innebär att landstingen i större utsträckning får förutsättningar att påverka den långsiktiga kostnadsutvecklingen för läkemedel och att de får behålla hela utfallet från de avtal som upprättas mellan landstingen och läkemedelsföretagen.

Det generella statsbidraget baseras på en bedömning av landstingens totala ekonomiska situation. Där är den demografiska utvecklingen en viktig komponent, men utvecklingen av just läkemedelskostnaderna i sig är inte det. Ett problem med detta är att kostnadsökningarna av läkemedel (cirka fem procent per år de senaste åren) drivs både av ett ökat vårdbehov och av introduktionen av helt nya läkemedel. Effektiviseringar kommer kunna balansera en stor del av kostnadsökning-

arna från nya behandlingar, men hur stor del går inte att exakt förutsäga. Den andel av landstingens läkemedelskostnader som staten stödjer kan därför komma att gradvis minska efter en generalisering.

### **Statligt bidrag för nya effektiva läkemedel**

Läkemedelskostnaderna är en liten del av de samlade vårdkostnaderna för landstingen. Vi ser dock en risk att ett gradvis minskat statligt stöd över tid kan leda till en minskad användning av nya, effektiva läkemedel eller att användningen varierar mer mellan landstingen. Viktiga nationella intressen runt bland annat en samhällsekonomiskt effektiv användning riskerar att inte tillgodoses. Utredningen föreslår därför att staten, efter att läkemedelsbidraget generaliserats, ska ge landstingen ett särskilt bidrag avsett att stödja en ändamålsenlig användning av nya, effektiva läkemedel och förbrukningsartiklar. Vi föreslår att bidraget tas fram inom ramen för en långsiktig överenskommelse mellan staten och landstingen. Bidraget ska baseras på information om dessa nya behandlingar men blir årligen en fast summa utan riskdelning. Bidraget ska inte finansiera användningen av utvalda produkter.

### **Solidarisk finansiering vid sällsynta tillstånd**

Användningen av läkemedel vid sällsynta tillstånd leder ofta till stora kostnader per behandlad patient. Dessa kostnader är mer ojämnt fördelade mellan landstingen än för andra läkemedel. Särskilt för små landsting kan kostnaderna innebära problem, vilket kan påverka hur behandlingarna används. Detta problem har i viss utsträckning hanterats genom modellen för solidarisk fördelning, som dock har flera brister. Utredningen föreslår att staten efter en generalisering av läkemedelsbidraget ska ge ett särskilt stöd till de landsting som har ovanligt höga kostnader för en utvald grupp läkemedel som används vid sällsynta tillstånd.

## Flera speciallösningar tas bort eller regleras i lag

I utredningens översyn har flera speciallösningar för vissa läkemedel eller för vissa patientgrupper identifierats. I en del fall finns goda skäl till lösningarna, men i andra fall leder de till ojämlika förutsättningar för olika patienter. Speciallösningarna leder ofta till merarbete för vården och apoteken.

Vi föreslår därför att läkemedel som innehåller insulin samt vissa förbrukningsartiklar inom läkemedelsförmånerna inte längre ska vara helt kostnadsfria. De ska hanteras som andra varor inom läkemedelsförmånerna.

Vi föreslår att vissa läkemedel enligt lag ska förskrivas kostnadsfritt till patienter med en allvarlig psykisk sjukdom som saknar sjukdomsinsikt. Möjligheten att göra detta finns redan men regleringen förväntas minska administrationen för vården och apoteken. Av samma skäl föreslås åldersgränsen för kostnadsfria preventivmedel inom läkemedelsförmånerna höjas till 25 år.

Vi föreslår också att E-hälsomyndigheten ska skapa förutsättningar för att kostnaderna för de läkemedel som expedieras med landstingssubvention faktureras landstingen enligt samma principer som förmånsläkemedel. En liknande hantering sker redan i dagsläget men leder till merarbete för vården och apoteken, och går inte att följa upp.

## Förbrukningsartiklar befrias från moms

Allt fler förbrukningsartiklar upphandlas i stället för att förskrivas med förmån. De distribueras då utanför apotek. Ett av skälen till att landstingen väljer distribution utanför apotek är att förbrukningsartiklarna då inte beläggs med mervärdesskatt.

Det kan i vissa fall finnas fördelar med att förbrukningsartiklar expedieras via apotek. Till exempel bedöms produktbredden då bli större jämfört med upphandling. Det är samtidigt upp till de enskilda landstingen att välja den lösning som är bäst för patienterna. För att göra det valet mer baserat på nyttan av de olika distributionsformerna föreslår utredningen att förbrukningsartiklar som efter förskrivning expedieras på apotek ska vara momsbefriade på samma sätt som läkemedel.

Förbrukningsartiklar är en liten del av den stora marknaden för medicintekniska produkter, varav de flesta inte kan eller bör ingå i läkemedelsförmånerna. Det finns ett tydligt behov av ett nationellt ordnat införande och fortsatt metodutveckling. TLV:s arbete med kostnadseffektivitetsanalyser för medicinteknik föreslås bli en permanent del av myndighetens verksamhet för att stärka möjligheterna till utveckling.

### **Legitimt och effektivt pris- och subventionssystem**

Våra förslag syftar till att skapa ett mer samlat, förutsägbart pris- och subventionssystem, stärkta utvärderingar och fortsatt utveckling av ändamålsenliga pris- och betalningsmodeller.

### **Kunskapsunderlag från Läkemedelsverket**

Det finns all anledning att bättre än i dag nyttja den kunskap om läkemedel som finns hos de regulatoriska myndigheterna. Vi föreslår därför att kunskapsunderlag ska tas fram av Läkemedelsverket så att dessa finns tillgängliga i samband med marknadsföringsgodkännandet. De ska ses som komplement till landstingens arbete med horisontspanning och tidiga bedömningsrapporter och det är viktigt att utnyttja synergieffekter och den expertis som byggts upp där. Kunskapsunderlagen ska omfatta information om läkemedlets relativa effekt samt en bedömning av osäkerhet i effektskattningen. Bedömningen görs inom godkänd indikation men kan också göras inom relevanta subpopulationer. Därigenom ska underlagen kunna fungera som ett stöd vid bedömningen av behovet av läkemedlet i Sverige och vid den hälsoekonomiska utvärderingen. Som underlag ska studiedata och övriga uppgifter från det regulatoriska godkännandet användas och därtill ska underlagen kompletteras med behandlingsspecifika uppgifter om befintlig vård och behandlingsalternativ.

### **Samordnad nationell prioritering av läkemedel**

Nya förskrivnings- och rekvisitionsläkemedel hanteras i två olika processer. Detta kan leda till fördröjd av introduktion och även till onödig resursåtgång. För att främja öppna prioriteringar, att läkemedel väljs utifrån patientens medicinska behov och en effektiv resursanvändning behöver systemen för utvärdering och beslut vara likvärdiga, oavsett framtida distributionsform. Vissa skillnader är dock ofrånkomliga. Läkemedelsförmånernas konstruktion måste följa en EU-rättslig reglering, medan läkemedel som upphandlas följer regelverket för offentlig upphandling, som är baserat på en annan EU-rättslig reglering.

Vi föreslår därför en nationell prövning av läkemedlet, oavsett om det ska distribueras via öppenvårdsapotek eller som rekvisitionsläkemedel. De hälsoekonomiska analyserna ska även fortsättningsvis göras av TLV, men kommer i många fall att få en mer fristående roll från frågan om pris än i dag. Utvärderingarna mynnar ut i antingen ett beslut om förmån eller en rekommendation från den landstingsgemensamma myndigheten Läkemedelsrådet som vi föreslår ska inrättas.

### **Möjligheter till rabattavtal för varor inom läkemedelsförmånerna**

Vi föreslår att förutsättningarna för landsting och läkemedelsföretag att ingå avtal om återbärningar eller andra former av rabatter för varor inom läkemedelsförmånerna klargörs i den nya läkemedelsförmånslagen och läkemedelsförmånsförordningen.

De föreslagna lagkraven innebär att olika aktörers roller i avtalsprocessen tydliggörs. Landstingen gemensamt och den som marknadsför varan ska vara avtalsparter. Avtal mellan ett företag och ett enskilt landsting ska alltså inte vara tillåtna. Staten ska inte vara avtals- eller förhandlingspart. Däremot ska TLV, när apotekens inköps- och försäljningspriser på en vara fastställs, ta hänsyn till de konsekvenser ett ingånget avtal får för landstingets eller patientens kostnader för användning av varan.

Det ska alltid framgå av TLV:s beslut om priser och av den offentliga förteckningen över de varor som ingår i förmånerna om det finns ett avtal som påverkar kostnaden för användning av en vara. Det ska också framgå vilken typ av avtal det handlar om.

Ett avtal ska få ingås bara om det medför ett betydande mervärde för patienten eller samhället. Avtalen ska inte få utformas på ett sådant sätt en enskild patients kostnad för användning av en vara kan förväntas bli högre än landstingets kostnad för användning av samma vara inom samma användningsområde.

Genom införandet av dessa krav bedömer vi att det är möjligt att även fortsättningsvis komplettera de fastställda priserna för varor inom förmånerna med avtal om rabatter eller återbärningar utan att det strider mot de krav på offentlighet och transparens, legalitet, likabehandling och skydd av patientens grundläggande rättigheter som ställs såväl i svensk lag som i det EU-rättsliga regelverket.

### **Landstingsgemensamma rekommendationer om läkemedel**

Utöver den nuvarande möjligheten att ansöka om att ett läkemedel ska ingå i förmånerna, föreslår vi att det införs en möjlighet för den som marknadsför ett rekvisitionsläkemedel att ansöka om en nationell utvärdering och rekommendation till landstingen om användning av läkemedlet. En ansökan om rekommendation ska hanteras av Läkemedelsrådet, ett nytt landstingsgemensamt organ, med stöd av TLV.

Vi föreslår att det i en ny lag om läkemedelsråd och läkemedelskommittéer ska införas ett krav på att landstingen gemensamt inrättar ett läkemedelsråd. Läkemedelsrådet ska kunna utfärda rekommendationer till landstingen om användningen av läkemedel och alltså delvis överta de uppgifter det så kallade NT-rådet i dag utför. Den som marknadsför ett läkemedel som innehåller en ny aktiv substans, som har varit godkänt för försäljning i Sverige i mindre än sex månader och som enbart väntas kunna ges av hälso- och sjukvårdspersonal för behandling av en pågående sjukdom eller skada ska kunna begära att få en rekommendation av rådet inom en viss tid. TLV ska bistå Läkemedelsrådet med hälsoekonomiska analyser av läkemedel som bedöms av rådet.

Läkemedelsrådet ska, enligt vårt förslag, ses som en separat myndighet. Dess ställning och arbetsuppgifter och de grundläggande kraven på handläggningen av ärenden i rådet ska regleras i den nya

lagen. Även de redan existerande läkemedelskommittéernas verksamhet ska regleras där. Lagen om läkemedelskommittéer ska upphävas.

### Prismodeller

För nya läkemedel är vår bedömning att värdebaserad prissättning även fortsättningsvis är det bästa systemet. Det är en flexibel modell, men flexibiliteten kan stärkas ytterligare. Framför allt är förhandlingar ett sätt att skapa ömsesidigt fördelaktiga lösningar i komplexa situationer. Förhandlade avtal om återbetalningar kopplade till rekommendationer ger köparen en förhandlingsposition som är svår eller omöjlig att uppnå annars. Ett lägre pris kan i många situationer accepteras av företaget så länge försäljningsvolymen förväntas öka. Köparen kan å sin sida acceptera att fler patienter använder läkemedlet så länge det finns evidens för klinisk effekt och priset är lägre.

Tillämpningen av den värdebaserade plattformen har blottlagt konflikter i tillämpningen av den etiska plattformen. Våra direktiv medger inte att vi föreslår ändringar i denna, men vi anser att det skulle behövas en samlad analys av den etiska plattformen. Vi föreslår därför att dessa frågor hanteras i en separat, parlamentarisk, utredning.

### *Dynamiska priser*

Det kan av olika skäl inte vara optimalt att ha ett och samma pris för ett läkemedel från lansering ända till patentutgång. Vår bedömning är att bästa sättet att skapa en dynamisk prissättning är genom omprövningar. Vi föreslår därför att TLV får utökade resurser att ompröva äldre läkemedel. Kopplat till det får TLV ett regeringsuppdrag att sänka kostnaderna för förmånsberättigade läkemedel med 700 miljoner kronor genom prissänkningar på läkemedel äldre än 5 år i förmånen.

För att uppnå ökad konkurrens genom en omprövning måste landstingen styra volymen så att det lönar sig för företag att ändra priset, vilket kräver ett tätare samarbete mellan landsting och TLV i omprövningsärenden. Vi föreslår därför att landstingen ges rätt att

ansöka om att TLV ska inleda en omprövning för hela läkemedelsgrupper inom ett terapiområde. Att landstingen deltar mer aktivt är en förutsättning för att en konkurrensutsättning ska fungera. Även företagens deltagande är avgörande för att skapa prisdynamik. Vi föreslår därför att företagens rätt till överläggning förtydligas och regleras.

Vi föreslår att TLV:s bemyndigande att meddela föreskrifter om förutsättningar för prisändringar utökas med att myndigheten även ska få meddela föreskrifter om förutsättningar för prishöjningar på läkemedel som ingår i läkemedelsförmånerna. Syftet är att säkerställa att viktiga behandlingar finns kvar i förmånerna.

### *Sällsynta tillstånd*

Prissättningen av läkemedel mot sällsynta tillstånd bör även fortsättningsvis hanteras av TLV genom praxisutveckling inom ramen för den värdebaserade prissättningen. Det finns skäl för samhället att i vissa specialfall uttrycka en högre betalningsvilja för effektiva läkemedel mot mycket sällsynta tillstånd, men generellt bör man inta en restriktiv hållning gentemot omotiverat höga priser i förhållande till den hälsoeffekt som uppnås.

### *Mer än ett pris på samma vara*

Att tillåta att en vara har mer än ett pris kan vara viktigt för att möjliggöra att flera patienter får tillgång till läkemedel som kan användas för flera indikationer. Detta kan vara särskilt viktigt vid kombinationsbehandlingar eftersom kombinationen av två läkemedel ofta måste kunna få ett annat pris än summan av det pris läkemedlen har när de används separat som monoterapi. Vi föreslår därför att det i den nya läkemedelsförmånslagen förtydligas att det är möjligt för TLV att fastställa flera priser för samma vara. Det egentligen största hindret för att införa indikationsbaserad prissättning är dock de tekniska lösningar som skulle krävas. Därför kommer denna typ av prissättning tillsvidare i huvudsak hanteras via avtal.



*Antibiotika*

Vår bedömning är att prishöjningar i syfte att behålla äldre antibiotika på marknaden bör hanteras genom TLV:s utökade föreskriftsrätt för prishöjningar. För nya antibiotika kan en modell där läkemedelsföretagen är garanterade en ersättning oberoende av hur stor förbrukningen behövas i syfte att stimulera att nya antibiotika ska marknadsföras i Sverige trots låg förväntad försäljning. För att möjliggöra detta föreslår vi att förmånsslagen får ett tillägg som tydliggör att de fastställda inköps- och försäljningspriserna kan vara förknippade med särskilda villkor.

**Nya regler för utbyte och prissättning av utbytbara läkemedel utan generisk konkurrens**

Apotekens förhandlingsrätt har inte lett till några effekter på läkemedelskostnaderna, förutom eventuellt ett minskat behov av att höja apoteksmarginalen. Apoteken framhåller att vinsterna varit viktiga för att möjliggöra den ökade tillgängligheten av öppenvårdsapotek.

Avtal mellan landsting och företag är, och kommer vara, ett viktigt verktyg för att utveckla den värdebaserade prissättningen och kontrollera landstingens läkemedelskostnader. Förhandlingsrätten påverkar förutsättningarna för avtal negativt då utbytet inte tar hänsyn till vilka varor som leder till lägst sammanräknade kostnader för samhället. Förhandlingsrätten gör också apotekens intjäning från handeln med parallellimporterade läkemedel okänd. Det försvårar TLV:s reglering av handelsmarginalen och kan bli en konfliktfråga för landstingen efter att läkemedelsbidraget generaliserats.

Utredningen föreslår därför att utbytet av läkemedel utan generisk konkurrens ska ske till den på apoteket tillgängliga vara vars kostnad, utifrån fastställt pris samt eventuellt avtal mellan landsting och företag, leder till lägst kostnader för den som betalar, det vill säga patient eller landsting. På det sättet inkluderas effekterna av avtalen också i läkemedelsutbytet. Apoteken ska inte längre få köpa in eller sälja läkemedel utan generisk konkurrens till priser som understiger de priser som TLV har fastställt.

Prissättningen av utbytbara läkemedel utan generisk konkurrens föreslås också ändras. För att ge apoteken incitament att expediera

varor med så lågt pris som möjligt ska apotekens marginal öka när en utbytbar vara med lägre pris än den förskrivna expedieras.

## Uppföljning, utvärdering och återkoppling

Vid tidpunkten för lansering är det ofta mycket som är osäkert om effekter och kostnader av en läkemedelsbehandling. Med uppföljning och utvärdering kan man skapa kunskap om läkemedlen och justera priset, omvärdera produktens värde och/eller värdera användningen i utökade patientpopulationer. Dessutom kan man med uppföljning identifiera och minska icke kostnadseffektiv användning. En väl fungerande uppföljning av såväl kliniska som hälsoekonomiska utfall är i förlängningen också en förutsättning för att kunna använda mer avancerade, utfallsbaserade prissättningsmodeller. Goda förutsättningar att utvärdera och följa upp läkemedel i klinisk praxis har också ett stort värde för life science-industrin. Trots att väl fungerande uppföljning är ett högt prioriterat område är den samlade bilden att uppföljning och utvärdering inte fungerar på ett ändamålsenligt sätt i dag.

Det ligger inte inom ramen för vår utredning att hantera de många juridiska, organisatoriska och informationstekniska frågor som blockerar utvecklingen för uppföljning i klinisk vardag. Vi kan därför inte lägga fram förslag om hur uppföljning och utvärdering av läkemedel i sin helhet bör bedrivas. Vår ambition är att i vissa delar förtydliga det statliga ansvaret för uppföljningar.

Vi föreslår sålunda att TLV ges utökade möjligheter att behandla personuppgifter. En viktig komponent är ett tillägg i offentlighets- och sekretessförordningen med innebörden att sekretess gäller för TLV:s undersökningar av läkemedels och andra varors kostnadseffektivitet i klinisk vardag. Därtill utvidgas TLV:s möjligheter att använda data från E-hälsomyndigheten till att också inkludera användning med syfte att följa upp läkemedelsanvändning, inklusive att förmånsbegränsningar efterlevs.

Som ett led i en mer övergripande statlig styrning bör staten använda uppföljning och återkoppling mycket mer aktivt för att driva på en jämlik och samhällsekonomiskt effektiv användning av både gamla och nya läkemedel. Vi föreslår därför att TLV ges i upp-

drag att göra årliga sammanställningar av läkemedel som har betydande effekter utanför hälso- och sjukvården samt utvecklingen av användningen av dessa. Vi föreslår vidare att Socialstyrelsen får i uppdrag att göra årliga analyser av jämlik tillgång på läkemedel.

En del utvärderingar av läkemedels effekter i klinisk vardag måste göras som forskning. Vetenskapsrådets anslag till behandlingsforskning föreslås höjas med 50 miljoner och dessa öronmärks för forskning på läkemedels effekter i klinisk användning.

## Ändringar av regelverket

Våra förslag innebär relativt omfattande förändringar i det regelverk som styr subvention och prissättning av bland annat läkemedel.

Lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m., förmånslagen, och förordningen (2002:687) om läkemedelsförmåner m.m. föreslås upphävas och ersättas av en ny läkemedelsförmånslag och läkemedelsförmånslagen. I den nya lagen ska bland annat förutsättningarna för att ingå olika typer av rabatt- och återbäringsavtal för varor inom förmånerna klargöras. Såväl lagen som förordningen innehåller också skärpta krav på transparens, bland annat genom större öppenhet i öppenvårdsapotekens prissättning och ökade krav på TLV att offentliggöra information om pågående ärenden.

Lagen (1996:1157) om läkemedelskommittéer föreslås ersättas av en ny lag om läkemedelskommittéer och läkemedelsråd där det, utöver de redan gällande kraven på regionala läkemedelskommittéer, även införs ett krav på ett landstingsgemensamt läkemedelsråd som på nationell nivå ska verka för en tillförlitlig, rationell och jämlik läkemedelsanvändning.

Vissa ändringar föreslås även i lagen (2018:1212) om nationell läkemedelslista och förordningen (2013:1031) med instruktion för E-hälsomyndigheten för att stärka E-hälsomyndighetens stöd till landstingen med förmedling av ersättning till öppenvårdsapoteken.

Våra förslag innebär också att reglerna om överföring av sekretess från TLV till landstingen i lagen (2009:400) om offentlighet och sekretess m.m., OSL, utökas för att underlätta överläggningar i frågor gällande om ett läkemedel eller en förbrukningsartikel inte längre ska ingå i läkemedelsförmånerna. Vidare föreslås ändringar i mervärdesskattelagen (1994:200) innebärande att förbrukningsartiklar som

ingår i läkemedelsförmånerna undantas från mervärdesskatt på samma villkor som läkemedel.

Genom en ändring i läkemedelsförmånsförordningen (2015:458) föreslår vi att Läkemedelsverket ska få i uppgift att upprätta tidiga kunskapsunderlag om nya läkemedel. Vissa nya uppgifter föreslås även läggas på Socialstyrelsen och TLV och regleras i respektive myndighets instruktion.

Vi föreslår också en ändring i förordningen (2004:881) om kommunalekonomisk utjämning innebärande att landstingens kostnader för forskrivningsläkemedel ska föras in i det kommunalekonomiska utjämningssystemet.

## Konsekvenser

### Patienternas tillgång förbättras

Vårt förslag om en generalisering av statsbidraget är utformat så att det inte medför en försämring av landstingens ekonomi jämfört med dagens nivå. Överföringen kommer därför inte i sig påverka patienternas tillgång till läkemedel. Den avgörande frågan ur patienternas perspektiv är om utvecklingen av det generella statsbidraget i framtiden medför minskade resurser för landstingen i jämförelse med om dagens särskilda bidrag skulle finnas kvar. Vårt förslag att staten ska ge särskilt stöd till landstingen för att använda nya kostsamma läkemedel minskar den risken. Patienter kan genom förslaget om solidarisk finansiering få ökade möjligheter att få behandling av sällsynta tillstånd oavsett var i landet man bor.

Ett av de starkaste motiven bakom flera av våra förslag är ökade förutsättningar för effektivisering av såväl prissättning som användning av läkemedel. Lägre priser gagnar ofta patienterna då landstingen generellt använder förhandlade prissänkningar till att ge bredare tillgång till läkemedel. Flera förslag runt prishöjningar avser att motverka att äldre produkter lämnar marknaden p.g.a. bristande lönsamhet, vilket gynnar patienterna.

Ett annat viktigt motiv bakom en generalisering av läkemedelsbidraget är att läkemedel kan hanteras och prioriteras jämte andra insatser i vården. Att prioriteringar sker öppet och samlat är i grunden positivt för patienter och medborgare. Utredningen föreslår vidare att det ska bli offentligt när läkemedelsföretag ansöker om att

deras produkter ska få ett nationellt prioriteringsbeslut. Det innebär att patienter och patientorganisationer får mycket mer insyn i var i processen enskilda nya produkter finns.

Statliga uppföljningar kan komma att skapa drivkrafter att minska omotiverad geografisk variation. En annan, viktigare, pusselbit för jämlik tillgång är kunskapsstyrning. Våra förslag om kunskapsunderlag för nya läkemedel, att inrätta ett nationellt läkemedelsråd och en större ambition för nationella utvärderingar syftar till att stärka kunskapsstyrningen.

### **Generalisering leder till kostnadsbesparingar på sikt**

Landstingens kostnader förändras på olika sätt av våra förslag. Mindre kostnadsförändringar uppstår på grund av förändringar av vissa specialregler. Kostnader uppstår också då NT-rådets arbete regleras och rådet förväntas hantera fler ärenden per år än i dag. Dessa kostnadsförändringar finansieras i enlighet med finansieringsprincipen i samband med en generalisering av läkemedelsbudgeten. Viktigare är de dynamiska effekterna. Landstingen kommer med våra förslag ha tydligare incitament och möjligheter att kontrollera kostnadsutvecklingen för förmånsläkemedel. Det kan till exempel göras genom ordnat införande av nya behandlingar och med konkurrensutsättning genom återbäringsavtal. Därför förväntar vi oss att kostnaderna för läkemedelsförmånerna ökar mindre vid en generalisering än om dagens system behålls.

### **Kommersiella aktörer påverkas**

För läkemedelsföretagen innebär utredningens förslag inga stora, direkta förändringar. Förslagen förtydligar hur TLV ska hantera förekomsten av avtal. Vidare blir det möjligt att begära en nationell rekommendation för nya rekvisitionsläkemedel. Vissa av utredningens andra förslag innebär att trycket på företagen mot lägre läkemedelspriser kan komma att uppstå tidigare.

Utredningens förslag förväntas inte på kort sikt minska eller öka försäljningsvolymerna av läkemedel för apoteken jämfört med nuvarande system. På medellång och lång sikt kommer volymerna öka oavsett om våra förslag genomförs eller inte.

Vårt förslag innebär att apoteken inte längre får förhandla om inköpspriser. Påverkan på apotekens vinst av detta är helt beroende av vilken marginal för utbytbara läkemedel utan generisk konkurrens som TLV fastställer. Som mest kan apotekens vinst minska med upp till 250 miljoner kronor, vilket motsvarar cirka 20 procent av vinsten.

### **Vissa myndigheter får nya uppdrag**

Läkemedelsverkets föreslagna uppdrag att upprätta kunskapsunderlag kommer att kräva en del extra resurser.

Våra förslag leder till flera förändringar för TLV både vad gäller arbetssätt, uppdrag, datatillgång och behov av IT-investeringar. TLV ska bl.a. göra fler hälsoekonomiska utvärderingar inom klinisk läkemedelsuppdraget, löpande redovisa vilka ansökningar om subvention eller nationell prioritering som hanteras på myndigheten och ta fram nya underlag för att hantera det nya särskilda bidraget från staten.

Flera av våra förslag innebär att E-hälsomyndigheten behöver utveckla nya tjänster eller göra förändringar i sina system.

Vi föreslår att Socialstyrelsens prognoser för läkemedelsförmånen inte längre behövs när större delen av statsbidraget generaliseras. Vi föreslår samtidigt att Socialstyrelsen får ett något utökat uppdrag jämfört med i dag vad gäller att analysera jämlikheten i patienternas tillgång på läkemedel.