



TANDVÅRDS- OCH
LÄKEMEDELSFÖRMÅNSVERKET

Prisutveckling på läkemedelsområdet i ett internationellt perspektiv

En internationell prisjämförelse av läkemedel utan generisk konkurrens

Karl Arnberg, Love Linnér, Douglas Lundin
Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket

2012-02-14

Förord

TLV har i regleringsbrevet för verksamhetsåret 2011 i uppdrag att jämföra prisnivån i Sverige med andra länder för nyintroducerade läkemedel med patent.

För att utföra uppdraget har TLV använt pris- och försäljningsstatistik för 15 västeuropeiska länder från IMS Health Sweden. En arbetsgrupp på myndigheten har utfört de analyser som ligger till grund för denna rapport och också skrivit rapporten.

Förutom nyintroducerade läkemedel med patent innehåller rapporten också en analys av de mest säljande patentskyddade läkemedlen i Sverige. Rapporten innehåller såväl en beskrivning av metodologiska val som resultat. Det har inte ingått i uppdraget till TLV att ta ställning till vilken nivå på läkemedelspriser som Sverige bör ha.

Stockholm i februari 2012

Gunilla Hulth-Backlund
Generaldirektör
Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket

Innehåll

Förord.....	2
Förkortningar.....	5
Sammanfattning.....	6
1 Inledning.....	7
2 Metod.....	8
2.1 Patentstatus.....	8
2.2 Subventionsstatus.....	8
2.3 Parallellhandel.....	8
2.4 Typ av läkemedel – rekvisition respektive receptförskrivning.....	9
2.5 Volymviktning.....	9
2.6 Växelkurser.....	10
2.7 Distributionskanal – DIP, AIP, AUP exkl moms, AUP inkl moms.....	10
2.8 Listpriser eller rabatterade priser?.....	11
2.9 Matchningsgrad – förpacknings- respektive substansnivå.....	13
2.10 Bilaterala respektive globala prisindex.....	13
2.11 Jämförelseländer.....	14
2.12 Inkluderade läkemedel.....	14
3 Data.....	15
3.1 Nyintroducerade substanser.....	15
3.2 Mest säljande produkter.....	16
4 Resultat.....	17
4.1 Nyintroducerade substanser.....	17
4.1.1 Matchade förpackningar.....	17
4.1.2 Beräkning utifrån substanskostnad i respektive land.....	20
4.1.3 Variation i växelkurser.....	21
4.2 Globalt prisindex.....	25

4.3	Alternativ analys – de mest säljande produkterna	27
4.3.1	Matchade förpackningar.....	28
4.3.2	Beräkning utifrån produktkostnad i respektive land.....	29
5	Citerade arbeten.....	Fel! Bokmärket är inte definierat.
6	Appendix.....	30
6.1	Databeskrivning, de 96 mest säljande produkterna i Sverige.....	30
6.2	Ingående substanser, volymvikt samt spridning av prisskillnader	32
6.2.1	Nyintroducerade läkemedel	32
6.2.2	De mest säljande produkterna.....	34
6.3	Ytterligare diagram.....	38

Förkortningar

AIP	Apotekens inköpspriser	GBR	Storbritannien
ATC	Anatomic Therapeutic Chemical classification system	GRC	Grekland
AUP	Apotekens försäljningspriser	IRL	Irland
AUT	Österrike	ITA	Italien
BEL	Belgien	NCE	New Chemical Entities – nya läkemedelssubstanser
CHE	Schweiz	NLD	Nederländerna
CHF	Schweizerfranc	NOK	Norska kronor
DEU	Tyskland	NOR	Norge
DIP	Distributörernas (grossisternas) inköpspriser	OTC	Over The Counter – receptfria läkemedel
DKK	Danska kronor	PRT	Portugal
DNK	Danmark	SEK	Svenska kronor
ESP	Spanien	SWE	Sverige
FIN	Finland	TLV	Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket
FRA	Frankrike		

Sammanfattning

Denna rapport är en redovisning av ett uppdrag som TLV fått av regeringen i samband med myndighetens regleringsbrev för verksamhetsåret 2011. Huvudsyftet med rapporten är att jämföra prisnivån i Sverige på nyintroducerade läkemedel med patent med andra relevanta länder. I rapporten ingår dessutom en analys av de läkemedel som säljer mest i Sverige.

För receptförskrivna läkemedel som introducerats mellan 2007 och 2011 ligger de svenska apotekens inköpspriser (AIP) ungefär på ett genomsnitt av övriga 15 länders priser. Jämfört med Sverige har sju länder högre priser och sex länder har lägre.

Av de nordiska länderna har Norge och Finland lägre priser för dessa läkemedel än vad Sverige har, medan Danmark har högre. Huruvida Sverige har högre eller lägre priser än relevanta jämförelseländer beror helt och hållet på vilka länder som anses vara mest jämförbara. För många länder baseras jämförelsen på relativt få produkter och/eller låga försäljningsvärden.

Även om det inte ingår i uppdraget har TLV också valt att göra en analys av de receptförskrivna läkemedel som säljer mest. Denna analys visar att de svenska apotekens inköpspriser överlag är något högre än när jämförelsen görs på nyintroducerade läkemedel. I elva jämförelseländer är produkterna billigare och i fyra länder är de dyrare.

En mängd metodval måste göras för att beräkna prisskillnader mellan olika länder. Resultatet påverkas till exempel mycket av valet av växelkurs. För samtliga jämförelseländer utom Norge kan valet av växelkurs under perioden 2007-2011 förändra resultatet så att det land man jämför med får antingen lägre eller högre priser jämfört med Sverige. Vi har använt den genomsnittliga växelkursen från maj 2010 till april 2011.

TLV har använt pris- och försäljningsstatistik från IMS Health Sweden. Denna statistik har använts för att beräkna prisindex för i Sverige subventionerade läkemedel som skrivs ut på recept. I vår undersökning ingår Sverige och 15 andra västeuropeiska länder.

Rapporten har utgått från de nationella och offentliga priser som finns i jämförelseländerna (listpriser). I vissa av länderna finns på nationell nivå system som gör att läkemedelsföretagen erbjuder rabatter. Det är svårt att ta reda på hur stora dessa rabatter är, men det är troligt att listpriserna är högre än de verkliga priserna i en del av jämförelseländerna.

1 Inledning

TLV har i regleringsbrevet för verksamhetsåret 2011 fått i uppdrag att redovisa en prisjämförelse enligt nedan:

”Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket får i uppdrag att jämföra prisnivån i Sverige med andra länder för nyintroducerade läkemedel med patent. I detta ingår att följa prisutvecklingen på läkemedelsområdet i ett internationellt perspektiv. Jämförelserna måste baseras på tillförlitliga och jämförbara prisuppgifter och för Sverige relevanta jämförelseländer.

Uppdraget ska delredovisas den 30 juni 2011 och slutrapporteras senast den 30 december 2011.”¹

Den huvudsakliga frågeställningen, såsom TLV har tolkat uppdraget, är:

Hur skulle de svenska kostnaderna för dessa läkemedel förändras om vi importerade samtliga priser från ett givet land, utan att förändra den svenska volymen.

Senaste åren har det kommit ett antal prisjämförelser, inte minst från Norge (Brekke, et al., 2008) (Brekke, et al., 2010) (Brekke, et al., 2011). Sverige har överlag varit avsevärt dyrare än Norge när jämförelsen avser patentskyddade läkemedel, framför allt i den senaste rapporten där de svenska priserna var cirka 10-25 procent högre än de norska.² En tidigare publicerad rapport av TLV (TLV, 2010) som specifikt undersökte *nyintroducerade* patentskyddade läkemedel i Norge och i Sverige fann att priserna i Sverige var i paritet med de i Norge för dessa produkter.

Det huvudsakliga syftet med denna rapport är att utföra en prisjämförelse på nyintroducerade läkemedel med patent. För att ge en uppfattning om eventuella prisskillnader på dessa nyare läkemedel skiljer sig från patentskyddade läkemedel med en större försäljningsvolym presenteras även vissa analyser av de patentskyddade läkemedel som har störst försäljningsvärde i Sverige.

Rapportens syfte är inte att analysera för- och nackdelar med olika prissättningssystem. Frågor om exempelvis hur tillgängligheten till nya läkemedel är kopplad till priset kommer därför inte att analyseras. Inte heller ingår det i uppdraget att avgöra huruvida de svenska läkemedelspriserna ligger på en önskvärd nivå, eller hur eventuella förändringar för att eventuellt nå till en sådan nivå bör utformas.

Nedan följer ett avsnitt som diskuterar vilka metodologiska val som har gjorts. Efter det diskuteras och beskrivs data samt datakällor. Efter det följer ett avsnitt där resultat samt känslighetsanalyser presenteras.

¹ I ett regeringsbeslut daterat 2011-12-08 (S2011/10861/FS) försköts slutrapporteringsdatumet till den 15 februari 2012.

² I samma rapport var läkemedel med generisk konkurrens samtidigt cirka tio procent billigare i Sverige än i Norge.

2 Metod

En prisjämförelse av läkemedel mellan olika länder kräver att en mängd vägval måste göras. En del av dessa val kan, beroende på frågeställningen, vara relativt enkla att göra medan det för andra parametrar är svårt att avgöra vilket tillvägagångssätt som är lämpligast.

Under nedanstående delavsnitt diskuteras vilka val som måste göras samt vilka konsekvenser de kan få.

2.1 Patentstatus

Av uppdraget framgår det tydligt att jämförelsen endast ska titta på patentskyddade läkemedel. Läkemedel med generisk konkurrens är därför exkluderade.

Det har inte varit praktiskt möjligt för TLV att säkerställa att produkterna verkligen är patentskyddade i samtliga jämförelseländer. För de nyintroducerade substanser som ingår i huvudanalysen är det högst troligt att så är fallet. I en separat analys av ett större urval produkter, som inkluderar även äldre produkter, har patentstatus baserats på information från leverantören av data för detta urval (IMS Health Sweden).

2.2 Subventionsstatus

Endast produkter som omfattades av läkemedelsförmånerna vid tiden för databeställning (31 maj 2011) är inkluderade, då det endast är för dessa produkter som TLV fattat beslut om pris. För övriga produkter finns det inte nödvändigtvis ett nationellt pris i Sverige. Det är huvudsakligen rena slutenvårdsläkemedel som exkluderats, men för några av de aktuella läkemedlen har TLV fattat beslut om att neka subvention.

I analysen har ingen hänsyn tagits till förmånsstatus i övriga länder, då det inte har varit praktiskt möjligt att för varje land och dess subventionssystem utformning ta sådana hänsyn. Detta är inget problem om frågeställningen är hur de svenska priserna förhåller sig till priserna i övriga länder.

Om frågeställningen i stället är hur väl olika länders pris- och subventionssystem kan pressa priserna på subventionerade läkemedel så kommer resultatet att vara missvisande. Att ett läkemedel inte är subventionerat i ett visst land kan till stor del antas bero på att priset varit för högt.

Analysen tar heller inte hänsyn till värdet av att TLV har valt att inte subventionera vissa läkemedel då dessa har bedömts som icke kostnadseffektiva.

2.3 Parallellhandel

Om det finns en tydlig prisskillnad för ett läkemedel mellan Sverige och ett annat EU-land så finns det en ökad sannolikhet för parallellhandel. Parallellhandel uppstår när en parallellimportör köper produkten i det billigare landet och fraktar till det dyrare. Detta kan, såväl direkt som indirekt, leda till en utjämning av prisnivåerna mellan länder.

Olika länder har olika regler för hur "vinsterna" med parallellhandel ska fördelas mellan olika aktörer. I Sverige har apoteken möjlighet att förhandla om sina inköpspriser (AIP) på parallellimporterade läkemedel, medan försäljningspriserna (AUP) sätts av parallellimportörerna och i regel motsvarar priset för originalläkemedlet. Vid parallellimport är storleken på differensen mellan AUP och AIP, det vill säga apotekens marginal på såld produkt, okänd och varierar troligen mellan olika produkter. Vad som är klart är dock att

högre svenska priser på vissa produkter leder till ökade inkomster för svenska apotekskedjor via parallellimport. Parallellimport leder i mycket begränsad omfattning till lägre offentliga utgifter i form av lägre läkemedelskostnader.

I analysen kommer volymen för parallellimporterade läkemedel, sett till antalet förpackningar, att hänföras till originalprodukten och därmed också till dess totalkostnad. För produkter som parallellimporteras till Sverige leder prisskillnaderna till ett visst ökat värde för apotek och för konsumenter i form av ökad tillgänglighet.³ Detta värde fångas inte i analyserna.

2.4 Typ av läkemedel – rekvisition respektive receptförskrivning

Analysen är begränsad till priser och volymer för *receptförskrivna* läkemedel, för såväl Sverige som för övriga länder. Det innebär att sådana läkemedel som i övriga länder endast är prissatta vid sjukhusanvändning inte är inkluderade. I en del fall är läkemedlet bara prissatt för att tillhandahållas via sjukhus. Så är exempelvis fallet för Lucentis i Spanien.⁴ Konsekvensen av detta är att sådana läkemedel inte ingår i jämförelsen med exempelvis Spanien.

Det tyngst vägande skälet till att begränsa analysen till denna typ av användningsområde är att det ökar precisionen i jämförelserna. För att jämföra även med rekvisitionsläkemedel borde den svenska varukorgen också inkludera de läkemedel/förpackningar som rekvideras direkt till slutenvården samt priser för dessa. Eftersom TLV inte prissätter dessa läkemedel skulle en sådan analys inte svara på vilka priser som det svenska subventionssystemet ger upphov till.

2.5 Volymviktning

Det är standardförfarande att volymvikta produkterna i ett prisindex. Prisskillnader på produkter som har en hög försäljning kommer att ha större betydelse än om samma prisskillnad råder för en produkt med låg försäljning. En sådan volymviktning kan ske på olika sätt och resultatet kan variera beroende på vilken metod som väljs.

En prisjämförelse mellan länderna S (Sverige) och U (Utland), där S är indexland (det vill säga det land som fungerar som jämförelsebas) kan skrivas med ekvationen nedan.⁵

$$\frac{\sum_{i=1}^n P_i^U \times Q_i^S}{\sum_{i=1}^n P_i^S \times Q_i^S} \times 100 - 100$$

Formel 1. Beskrivning av prisindexberäkning med land S som basland. I täljaren anges totalkostnaden för varukorgen med utländska priser (pris för respektive produkt multiplicerat med volym för samma produkt i Sverige). Nämnaren är totalkostnad för samma varukorg med svenska priser och volymer. Notera att volymen i land U inte används alls. Genom att multiplicera med 100 och sedan subtrahera med 100 erhålls den procentuella skillnaden.

³ Givet ett antagande om att ökad lönsamhet för apotek också leder till ökad tillgänglighet.

⁴ Lucentis är ett läkemedel som ska injiceras i ögat och inte kan administreras av patienten själv.

⁵ Vanligtvis illustreras prisindex i diagram där indexland (i detta fall Sverige) har värdet 100. Ett land som har 110 har då 10 procent högre priser. I denna rapport är det relativt små skillnader mellan olika länder. För att förbättra läsbarheten subtraheras respektive resultat med 100. Ett land som är tio procent dyrare än Sverige har således värdet 10 och ett land som är tio procent billigare än Sverige har värdet -10.

Det är känt att läkemedelsanvändningen i olika länder varierar, beroende på bland annat vilka övriga terapier som finns tillgängliga, behandlingstraditioner och den varierande prevalensen av olika sjukdomar. Om de som beslutar om vilket läkemedel som ska användas i en viss situation är priskänsliga och har möjlighet att styra volymer är det också troligt att priset i sig har betydelse för vilka läkemedel som används.⁶

Uppdraget i TLV:s regleringsbrev rör nyintroducerade läkemedel. Det kan i många fall ta upp till flera år innan nyintroducerade läkemedel når sin maximala försäljningsvolym. Läkemedel som introducerades i början av urvalsperioden kan därför, överlag, väntas få en större vikt i analysen.

Huvudanalysen viktat volymerna utifrån volymen för receptförskrivna läkemedel under april månad 2011. Analysen med de mest såljande läkemedlen viktas utifrån tolv månadsperioden till och med oktober 2011.

Med denna viktningsmetod svarar prisjämförelserna på frågan: *hur mycket skulle den totala kostnaden för dessa läkemedel i Sverige förändras om Sverige hade samma priser som respektive jämförelseland.*

2.6 Växelkurser

Vid en jämförelse mellan länder med valutor som inte är knutna till varandra kommer växelkursen att variera över tiden. Detta är något som uppstår i alla prisjämförelser mellan länder. Valet av växelkurs kommer att påverka utfallet avsevärt, men det är inte uppenbart vilken kurs som skall användas. Om den svenska kronan förstärks med en procent gentemot exempelvis euron så kommer också de svenska priserna att bli en procent högre än de europeiska.

Huvudanalysen bygger på genomsnittlig växelkurs för tolv månadsperioden till och med mars 2011⁷, då pris- och försäljningsstatistik är hämtat för april månad 2011. Att använda genomsnittlig växelkurs för tolv månadsperioden minskar tillfälliga förändringar i växelkurs jämfört med att använda den genomsnittliga växelkursen från en kortare period.

En starkare krona kommer, allt annat lika, att innebära att svenska priser framstår som högre jämfört med om kronan varit svag. För att illustrera växelkursens betydelse för resultatet kommer olika variationer att undersökas i känslighetsanalyser.

2.7 Distributionskanal – DIP, AIP, AUP exkl moms, AUP inkl moms

Av skäl som anges nedan kommer i basscenariot att analyseras de priser som apoteken betalar när de köper in läkemedlen (AIP).

Det finns för de ingående läkemedlen fyra olika priser för varje läkemedel:

- DIP, distributörernas inköpspriser. Det pris som grossisterna betalar när de köper läkemedlen från tillverkarna.

⁶ Detta är ett normalantagande i nationalekonomisk teori, men kan möjligen ifrågasättas för subventionerade läkemedel, då förskrivare och patient har en minskad priskänslighet jämfört med vad som är fallet på en normal marknad. De myndigheter och organisationer som styr volymerna är dock vanligtvis priskänsliga.

⁷ Det vill säga genomsnittet av perioden från och med 1 april 2010 till och med 31 mars 2011.

- AIP, apotekens inköpspriser. Det pris som apoteken betalar när de köper läkemedlen från distributörerna.
- AUP exklusive moms, apotekens försäljningspriser, exklusive moms. Det pris som kunden (i fallet med subventionerade läkemedel huvudsakligen landstingen) betalar.
- AUP inklusive moms, apotekens försäljningspriser inklusive moms. Samma som ovan, men i förekommande fall inklusive moms.

I föreskrift fastställer TLV den algoritm som beräknar AUP utifrån AIP (TLV, 2009). Företagens ansökta AIP beräknas med hjälp av denna algoritm upp till AUP.

Marginalen för distributörerna/grossisterna är inte reglerad i Sverige. Det innebär att det inte går att säga exakt hur DIP och AIP förhåller sig till varandra. Distributörernas inköpspriser är heller inte offentliga. Jämförelser på DIP-nivå kommer därför inte att behandlas i denna rapport.⁸

För att kunna göra en jämförelse mellan olika länder, som sinsemellan har olika sätt att fastställa priserna för olika försäljningsnivåer, krävs det ibland att antaganden görs om hur olika icke-reglerade prisnivåer beror på reglerade prisnivåer. Så saknas det exempelvis för vissa produkter i Irland och Italien reglerade AIP-nivåer. Detta gäller också för hela urvalet i Schweiz. För att få ett så stort jämförelsematerial som möjligt har TLV använt sig av skattningar utförda av IMS Health Sweden i de fall det saknas reglerade priser.

Differensen mellan AUP och AIP – apotekens marginal – är en ersättning för de tjänster som apoteken tillhandahåller och fångar således inte bara värdet av läkemedlet utan även till exempel expedition av läkemedlet till patient. Eftersom de tjänster som apoteken tillhandahåller i olika länder kan variera avsevärt kommer jämförelser på AUP-nivå att jämföra produkter som inte är likvärdiga. Beroende på vilken frågeställningen är kan jämförelsen på AUP-nivå vara mer eller mindre intressant. För den som betalar till apoteket kan jämförelsen på AUP-nivån vara den mest relevanta, även om den fångar också kostnaden för distribution för läkemedlet.

I Sverige, till skillnad från i många andra länder, läggs det inte någon moms på receptbelagda läkemedel. Ur ett statligt perspektiv är momsen endast en extra skatt som kunderna betalar. Om frågeställningen är vilka priser som *staten* betalar i olika länder bör momsen därför inte inkluderas. Däremot är momsen en reell kostnad för kunderna i respektive land. Om frågan handlar om vilka priser *kunderna* möter bör momsen sålunda inkluderas.

Eftersom TLV tolkat uppdraget som att det handlar om det offentliga kostnader för läkemedel, samt att jämförelsen ska baseras på tillförlitliga prisuppgifter så kommer AIP-nivån att användas i basscenario.

2.8 Listpriser eller rabatterade priser?

De priser som används i analyserna är officiella listpriser. I många länder finns det mer eller mindre institutionaliserade rabattsystem. Att TLV ändå väljer att använda listpriser beror på att det i uppdraget i regleringsbrevet anges att analysen ska baseras på ”tillförlitliga och

⁸ I en rapport från 2011 (Kanavos, et al., 2011) uppskattas de svenska distributörernas marginaler till cirka 2-3 procent, vilket är näst lägst av de 27 ingående länderna.

jämförbara prisuppgifter” och att det är mycket svårt att få tillgång till korrekt information om rabatterade priser.

Det finns inte några rabatter på nationell nivå i Sverige, men landstingen har möjlighet att upphandla kliniskläkemedel (sådana läkemedel som inte förskrivs via recept). I en undersökning som OECD gjort beräknas landstingens rabatter på sådana läkemedel till i genomsnitt 8-10 procent (Moïse & Docteur, 2007). Rabatternas storlek varierar troligen mellan å ena sidan områden där det finns ett flertal tillverkare av likvärdiga produkter och å andra sidan områden där det råder en tydligare monopolsituation.

Eftersom de flesta europeiska länder använder sig av internationella referensprissystem vid prissättning av läkemedel finns det starka incitament för företagen att upprätthålla höga listpriser då listpriset i ett land påverkar listpriset även i andra länder (Kanavos, et al., 2011). Det är därför väsentligt mer fördelaktigt för företaget att erbjuda rabatterade priser som inte syns på prislistorna än att sänka listpriserna så länge dessa rabatter inte avspeglas i officiella prislistor.⁹

Förutom rena procentuella rabatter finns det även andra typer av rabattsystem. Till exempel använder Storbritannien (som inte använder internationell referensprissättning) i vissa fall något som kallas för *patient access scheme* (PAS). Så upprättades exempelvis ett PAS för cancerläkemedlet Yondelis. Brittiska staten bar kostnaden för de fem första behandlingscyklerna, varefter företaget stod för resten av kostnaden (Lucas & Ingate, 2010). Även om detta inte är en fast, procentuell rabatt blir det ändå de facto så att företaget erbjuder produkten till ett pris som är lägre än listpriset. Det är svårt att, åtminstone på förhand, säga hur mycket lägre det verkliga priset är, vilket också gör det svårare för länder som inte använder motsvarigheter till PAS att förhandla till sig motsvarande rabatt.

I systemet finns det sålunda incitament för företagen att inte vara transparenta med de rabatter de ger på listpriserna varför rabatterna många gånger ges med förbehåll att de inte blir offentliga. Därför är det också svårt att beräkna dessa.

I en ännu ej publicerad studie kommer författaren till slutsatsen att dolda rabatter visserligen förekommer, men att det saknas information om deras storlek (Vogler, 2011). I samma arbete framgår dock att till exempel Portugal erhåller 6 procent rabatt för subventionerade läkemedel, att Tyskland ska höja rabatten från 6 procent till 16 procent och att Spanien infört 7,5 procent rabatt på originalläkemedel. I ett annat opublicerat arbete nämns att Portugal infört en 7,5-procentig rabatt på biologiska läkemedel som används vid reumatiska sjukdomar och att denna rabatt inte återspeglas i de officiella prislistorna (Habl, 2011).

Dessa rabatter är vanligtvis på nivån AUP inklusive moms och delas mellan de olika leden – det vill säga grossister, apotek och betalare (exempelvis stat). Största delen av rabatten, men inte hela, ligger vanligtvis på AIP-nivå. En del av rabatterna gäller bara de produkter som i

⁹ En annan anledning till att företagen kan tänka sig att erbjuda (in)officiella rabatter på listpriserna är att möjligheten till parallellhandel minskar och därigenom ökar läkemedelsföretagens möjlighet att prisdiskriminera mellan olika marknader. Sannolikt gynnar systemet med rabatter, förutom läkemedelsföretagen, framför allt marknader som har en lägre förmåga att betala för läkemedel och/eller marknader som har en stark förhandlingsposition gentemot läkemedelsföretagen, till exempel på grund av möjligheter att erbjuda företaget stora försäljningsvolymmer.

något EU-land har förlorat patentet. Andra rabatter kan gälla även sådana produkter som är patenterade.

I kontakt med IMS Health Sweden har TLV fått besked om att företaget inte kan hjälpa TLV med att ta reda på de rabatter som finns för de aktuella länderna, då detta är affärshemligheter. För att undvika en situation där rabatter endast anges för de länder där anekdotisk kunskap finns kommer rapporten att titta enbart på listpriser.

Att analysen bygger på officiella listpriser kan innebära att en del övriga länder framstår som dyrare än vad som faktiskt är fallet efter rabatt.

2.9 Matchningsgrad – förpacknings- respektive substansnivå

I ett prisindex jämförs kostnaden för samma varukorg i två eller flera länder. "Varukorg" kan i det här sammanhanget definieras olika. I huvudanalysen jämförs exakt likadana förpackningar, sett till substans, beredningsform, styrka och antal ingående enheter. Det innebär exempelvis att Januvia (sitagliptin), filmdragerad tablett, 100 mg, 98 stycken måste finnas i såväl Sverige som i jämförelselandet/jämförelseländerna för att ingå i huvudanalysen.

I en alternativ analys beräknas kostnaden per styrkeenhet (till exempel mg) för varje land, oavsett förpackningsstorlek, beredningsform och styrka. Exempelvis beräknas den totala kostnaden för substansen sitagliptin i Sverige och divideras med antalet sålda mg under perioden. Samma beräkning görs för vart och ett av de ingående länderna. Att förpackningen Januvia, filmdragerad tablett, 100 mg, 98 stycken saknas i till exempel Österrike gör då inget, eftersom samma produkt finns i 28-pack. Detta ger en något sämre precision, då det inte är exakt samma förpackning som jämförs, men det *kan* medföra att en större andel av den totala läkemedelsanvändningen inkluderas.

Om en produkt är prissatt i ett land, men inte haft någon försäljning, så kommer produkten att finnas med om jämförelsen görs utifrån exakt matchade förpackningar, men däremot inte om jämförelsen görs utifrån genomsnittlig substanskostnad. Anledningen är helt enkelt att det inte går att beräkna genomsnittlig substanskostnad om substansen inte haft någon försäljning.

2.10 Bilateral respektive globala prisindex

Tidpunkten för introduktion av läkemedel varierar mellan olika länder. Bland annat processen för att subventionera ett läkemedel och prisnivån på läkemedlet kan påverka företagets lanseringsstrategi. Exempelvis kan företaget ha incitament att först introducera läkemedlet i länder med högre priser om övriga länder sedan referensprissätter utifrån dessa länders högre pris.

Inte alla länder subventionerar heller alla läkemedel. Sverige är exempel på ett land som ibland nekar läkemedel subvention. Om ett läkemedel inte är subventionerat i Sverige kommer det inte att vara med i analysen. Om det i något av jämförelseländerna saknas pris för ett läkemedel på grund av att det av någon anledning inte tillhandahålls där kommer det att finnas ett svenskt pris och en svensk volym, men inget pris för jämförelselandet.

I ett bilateralt prisindex krävs det att förpackningen/substansen finns i Sverige och ett enda av jämförelseländerna för att ingå i just den prisjämförelsen. I ett globalt prisindex måste förpackningen/substansen däremot finnas i samtliga ingående länder för att inkluderas.

Fördelen med ett globalt prisindex är att samtliga länder kan jämföras mot varandra. En uppenbar nackdel är att kunskapen om prisnivån mellan exempelvis Sverige och Norge inte nödvändigtvis blir bättre för att ovanstående förpackning också ingår i samtliga övriga länder, och att en stor mängd data diskvalificeras för att kunna jämföra Norge och övriga länder.

Eftersom studien har Sverige som tydligt referensland används ett bilateralt prisindex i huvudscenariot. Fördelen blir att jämförbarheten mellan Sverige och vart och ett av de ingående länderna blir väsentligt större. Tyvärr medför detta att prisnivån mellan övriga länder inte kan jämföras. Det går alltså inte att säga något om hur de norska priserna förhåller sig till de danska i analyserna som bygger på bilaterala prisindex. I en alternativ analys presenteras ett globalt prisindex.

2.11 Jämförelseländer

Av uppdraget i regleringsbrevet ges ingen ledning om vilka länder som skall anses vara relevanta jämförelseobjekt. I stället för att göra denna bedömning land för land har TLV valt en bred ansats och har inkluderat de länder som ingår i EU-15, samt Norge och Schweiz. IMS Health Sweden, som levererat prisstatistik har emellertid inte tillgång till prisstatistik för Luxemburg, varför detta land inte är med i analysen. Eftersom IMS också saknar pris- och försäljningsstatistik för Island är också detta land exkluderat.

2.12 Inkluderade läkemedel

TLV ges i regleringsbrevet i uppdrag att bygga ett prisindex med ”nyintroducerade läkemedel med patent”. TLV har definierat detta som läkemedel som Läkemedelsverket godkänt under åren från och med 2007 till och med 2010 och som är den första substansen inom sjuställig ATC-kod (substansnivå).¹⁰

TLV har av Läkemedelsverket erhållit en lista över nya kemiska substanser (NCE) som godkänts under fyraårsperioden 2007-2010 (Läkemedelsverket, 2011). De 52 substanser (sjuställiga ATC-koder) som inte tidigare haft någon försäljning i Sverige och som TLV fattat positivt subventionsbeslut om (generell subvention eller begränsad subvention) är inkluderade i analysen.

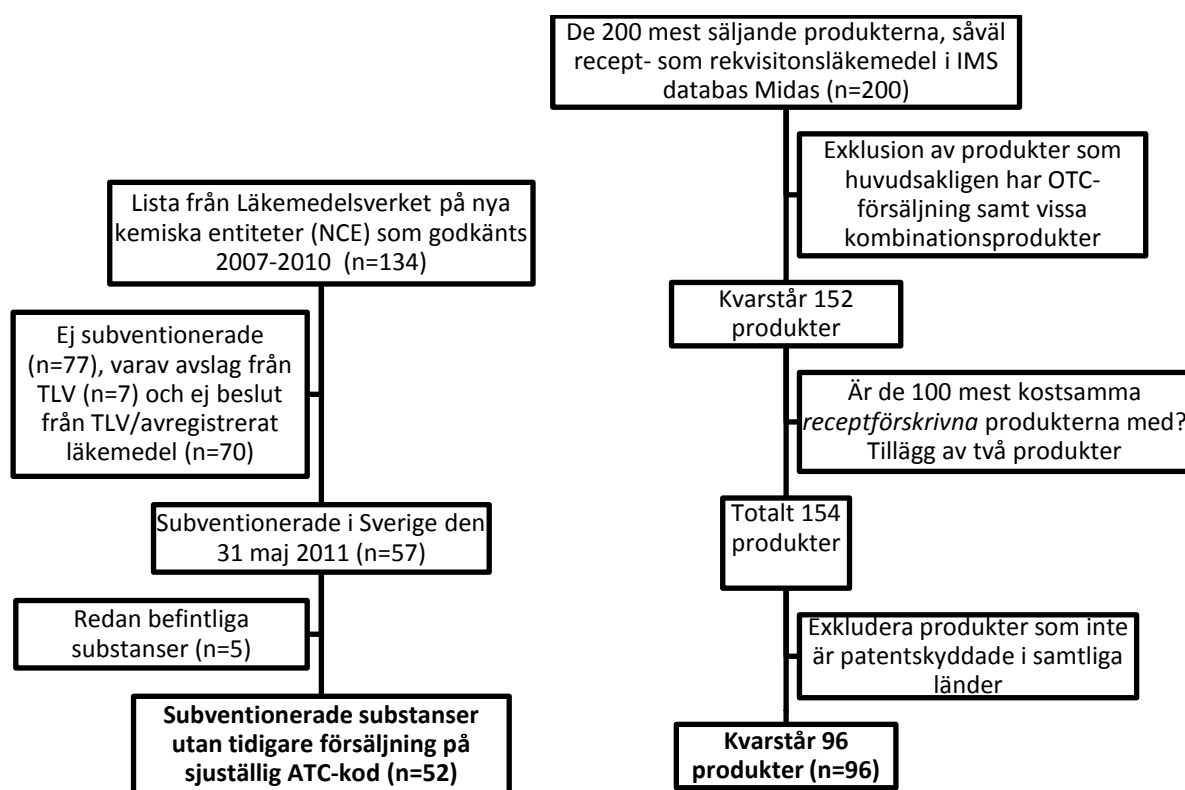
I en alternativ analys visas resultatet för en större mängd produkter¹¹ (n=96) med ett totalt värde på cirka nio miljarder kronor. Också dessa substanser saknar generisk konkurrens. För dessa senare produkter har den totala receptförskrivna volymen använts som urvalskriterium. Dessa storsäljande läkemedel stämmer inte överens med det uppdrag TLV har i sitt regleringsbrev, men denna alternativa analys bygger dels på fler läkemedel, dels på ett mycket högre försäljningsvärde än nyare läkemedel och kan därför vara intressant, även om det går utanför uppdraget.

Att notera angående de 96 produkterna är att de först är framtagna utifrån totalkostnad – såväl receptförskrivning som rekvisition – för att därefter viktas utifrån receptförskriften

¹⁰ ATC-kod är ett sätt att klassificera läkemedel i fem olika nivåer, där den högsta nivån beskriver användningsområde (exempelvis *Matsmältningsorgan och ämnesomsättning*) och den lägsta nivån är substansnamnet (exempelvis *omeprazol*). Att ett läkemedel är ensamt i den lägsta ATC-nivån innebär att det inte finns några andra läkemedel med samma verksamma substans.

¹¹ IMS använder genomgående produktbenämningen, vilket i vissa fall medför att det i datamaterialet finns mer än en produkt med samma substans – detta är fallet för fyra av de ingående substanserna (med ATC-koderna B02BD02, C09CA06, L03AB07 samt N06AB10).

volym. En del produkter som nästan undantagsvis används som rekvisitionsläkemedel (exempelvis Lucentis) kommer att ha en mycket liten vikt i prisjämförelsen.



Figur 1. Flödesschema över inkluderade och exkluderade läkemedel i huvudanalysen (vänster diagram) och den alternativa analysen (höger) samt skäl till exkludering. TLV har själv gjort urvalet för de nyintroducerade läkemedlen i vänster diagram, medan IMS Health Sweden har gjort urvalet för det högra diagrammet.

3 Data

Som framgår av ovanstående avsnitt kommer huvudanalysen att bygga på nyintroducerade substanser, medan en alternativ analys kommer att bygga på mest säljande produkter. Under detta avsnitt beskrivs data för respektive analys.

3.1 Nyintroducerade substanser

För de 52 nyintroducerade substanserna är svenska läkemedelspriser hämtade från TLV:s prisdatabas (TLV, 2011), medan försäljningsstatistiken för Sverige är hämtad från Apotekens Service AB via webbgränssnittet Concise (Apotekens Service AB, 2011). Priser och försäljningsstatistik för övriga länder är levererade av IMS Health Sweden och avser april månad 2011. Ingen försäljningsstatistik finns för Schweiz.

I nedanstående tabell redovisas för respektive land hur många substanser som är prissatta, hur stor andel de har i den svenska varukorgen, hur många substanser som haft försäljning, hur stor andel dessa har i den svenska varukorgen, antal prissatta unika förpackningar och slutligen antal prissatta unika förpackningar som också är subventionerade i Sverige.

Land	Antal prissatta substanser	Varukorgens värde (månad) med svenska AIP (MSEK) utifrån matchade förpackningar	Antal substanser med försäljning	Varukorgens värde (månad) med svenska AIP (MSEK) utifrån substanser med försäljning	Antal prissatta unika förpackningar (ej duplikat)	Antal prissatta unika förpackningar (ej duplikat) som också var subventionerade i Sverige 31/10 2011
AUT	45	42	44	45	111	77
BEL	23	22	23	25	52	46
DNK	48	44	48	48	116	101
FIN	43	47	37	44	105	93
FRA	32	21	32	27	68	52
DEU	50	44	49	48	163	101
GBR	47	44	36	27	95	78
GRC	39	28	39	33	73	63
IRL	42	41	37	41	85	73
ITA	23	12	23	17	53	41
NLD	38	34	38	42	82	63
NOR	35	25	35	25	82	78
PRT	14	8	14	8	32	22
ESP	27	25	27	26	53	47
SWE	52	49	51	49	140	140
CHE	38	39	Inga data	Inga data	107	74

Tabell 1. För de nyintroducerade substanserna visar tabellen antal ingående substanser och förpackningar i jämförelsen med respektive land. Av de 52 nyintroducerade substanser som ingår i urvalet hade 51 stycken försäljning i Sverige under april månad 2011. I exempelvis Tyskland var fanns det för 50 av substanserna minst en matchad förpackning som också fanns i Sverige och 49 substanser som hade någon försäljning, motsvarande 89 procent respektive 97 procent av den svenska varukorgens värde¹². Vidare fanns det i Tyskland totalt 163 prissatta unika förpackningar av dessa substanser, 101 av dessa var också subventionerade i Sverige. Övriga 62 tyska förpackningar ingår inte i jämförelsen på matchad förpackningsnivå.

3.2 Mest säljande produkter

IMS Health Sweden har levererat pris och försäljningsstatistik för de 96 produkter med högst kostnad för läkemedelsförmånerna. För dessa produkter är priserna hämtade från oktober 2011 och volymen bygger på tolv månaders försäljningen (AIP) till och med oktober 2011. Se

Tabell 2, i appendix 6.1 för en mer detaljerad beskrivning av ingående produkter. Den svenska varukorgens värde för dessa produkter är väsentligt högre än för de nyintroducerade substanserna – cirka nio miljarder kronor (AIP) jämfört med en årsförsäljning motsvarande cirka 600 miljoner kronor för de nyintroducerade substanserna.

¹²Det kan förefalla märkligt att *fler* substanser med matchad förpackning ger ett *mindre* värde på varukorgen jämfört med antalet substanser med försäljning. Förklaringen är att produkten Victoza inte finns i någon motsvarande förpackning i Tyskland, samtidigt som produkten har en stor vikt i den svenska varukorgen.

För att sätta de båda varukorgarnas värde i perspektiv till varandra kan nämnas att Revlimid, som står för ungefär en sjättedel av vikten i den svenska varukorgen med de nyintroducerade substanserna, står för ungefär en *hundredel* av vikten för de mest säljande produkterna.

4 Resultat

Som nämnts i tidigare avsnitt finns det en mängd avvägningar att göra vid uppbyggnaden av ett prisindex.

Under detta avsnitt redovisas resultatet för de scenarion som TLV bedömer som mest relevanta. I grundscenariot jämförs identiska förpackningar på AIP-nivå, viktade efter volym i Sverige under april 2011 och med den genomsnittliga tolv månadsväxelkursen till och med april 2011.

I avsnitt 4.2 redovisas kort resultatet för läkemedlen med högst försäljning.

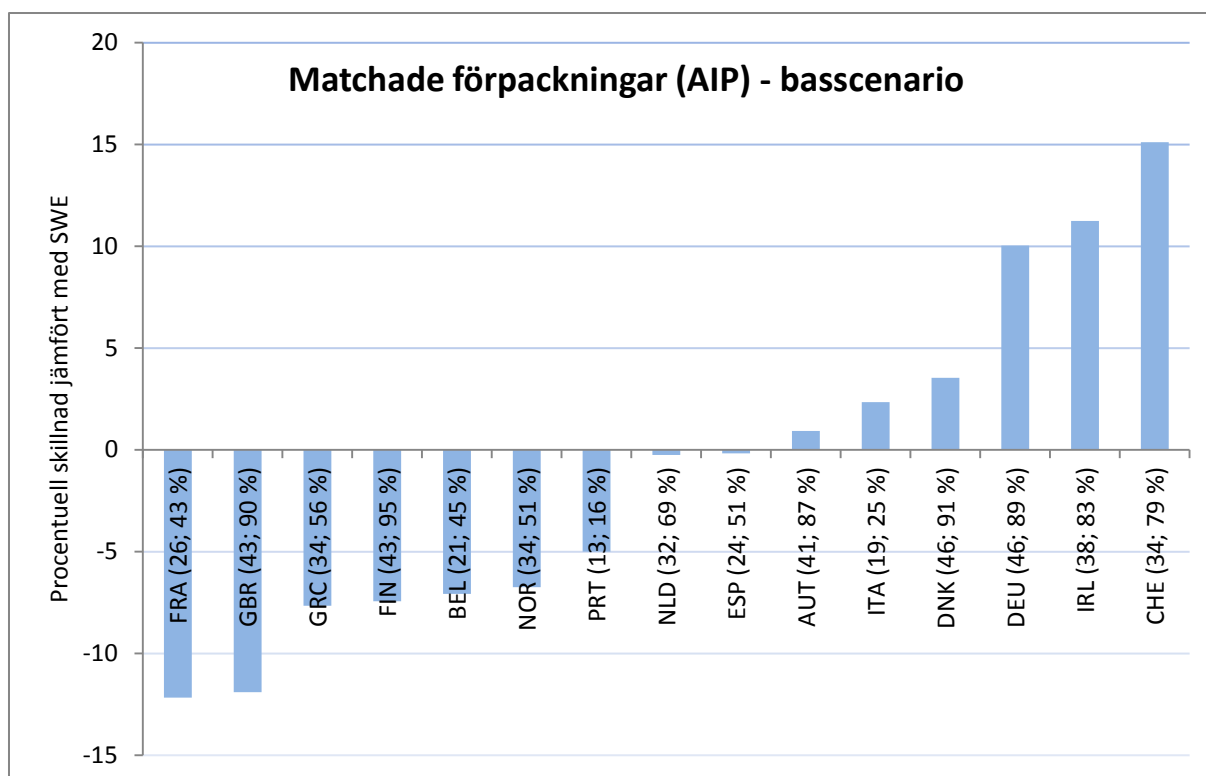
4.1 Nyintroducerade substanser

4.1.1 Matchade förpackningar

I den första analysen, som redovisas i diagrammet nedan, är försäljningsvolymerna viktade utifrån respektive substans andel av försäljningsvolymen i Sverige under april 2011. Genomsnittlig växelkurs för tolv månadsperioden fram till och med april 2011 har använts. Se 6.2.1 för en lista över ingående substanser, substansvikt och prisspridning.

Den totala försäljningsvolymen (AIP) för receptförskrivningen för den svenska varukorgen uppgick under april 2011 till cirka 49 miljoner kronor. På AUP-nivå var kostnaden cirka 53 miljoner kronor, motsvarande 2,7 procent av AUP-kostnaden för samtliga receptförskrivna humanläkemedel under samma period.¹³ Sett till kostnad för läkemedelsförmånen utgjorde kostnaden på 49 miljoner kronor 3,2 procent av den totala förmånskostnaden. Av siffrorna framgår att det är en liten andel av kostnaderna för läkemedel som inkluderas i analysen.

¹³ TLV har inte tillgång till den totala AIP-kostnaden för receptförskrivna läkemedel, varför det inte går att ange hur stor andel av den totala AIP-kostnaden för samtliga receptförskrivna humanläkemedel som detta utgör. Det är dock troligt att andelen är ungefär densamma som på AUP- respektive förmånsnivå.



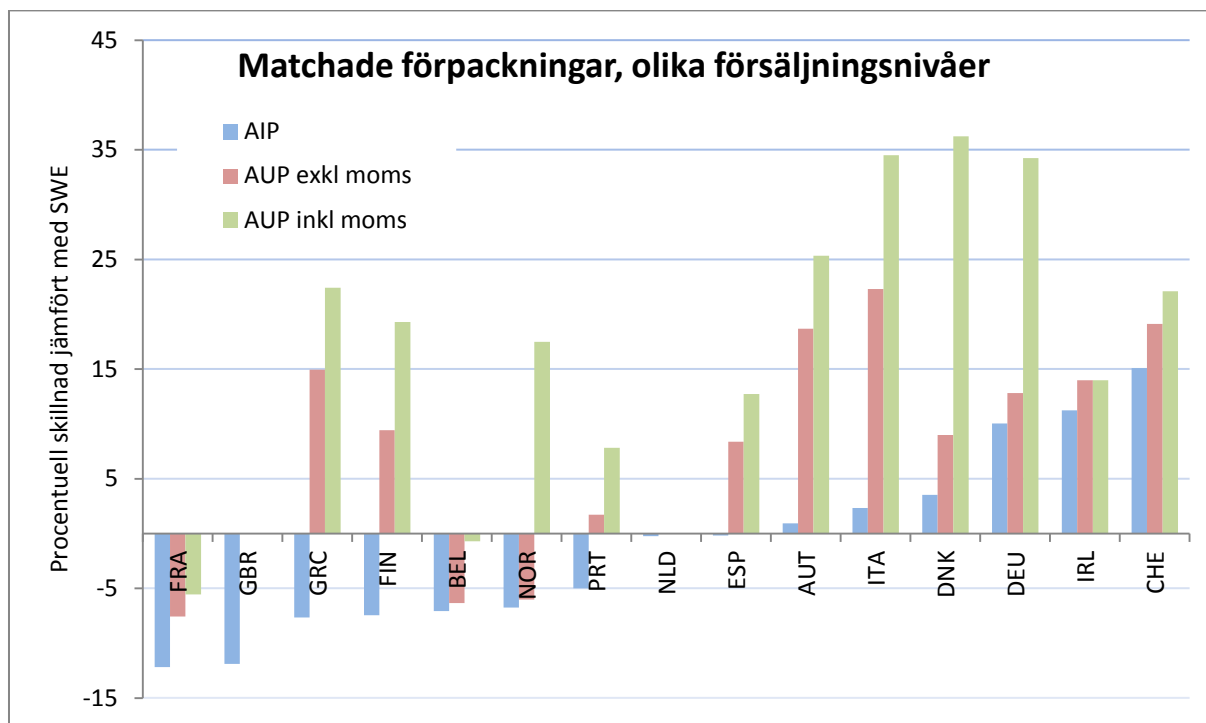
Figur 2. Staplarna i diagrammet visar den procentuella prisskillnaden för varukorgen jämfört med Sverige. Staplar som är negativa indikerar att kostnaden för varukorgen är lägre i jämförelselandet. Den procentsiffra som står inom parentes efter varje land indikerar hur stor andel av den totala omsättningen för varukorgen som ingår i jämförelsen med det respektive land (exempelvis bygger jämförelsen mot Norge på 51 procent av varukorgens värde). Det första värdet som står inom parentes visar hur många av de 52 substanser som ingår i den svenska varukorgen som också ingår i respektive jämförelse. Varukorgen är viktad efter volym för receptförskrivna substanser i Sverige under april 2011. I analysen har genomsnittlig tolv månads växelkurs använts.

Diagrammet ovan visar hur många procent billigare/dyrare motsvarande varukorg skulle vara på AIP-nivå i respektive jämförelseland. Exempelvis skulle den volymjusterade kostnaden i Schweiz vara cirka 15 procent högre än i Sverige, medan den skulle vara drygt tio procent lägre i Frankrike än i Sverige. Siffrorna inom parentes efter varje land visar i tur och ordning hur många av de 52 substanserna som ingår i respektive jämförelse samt hur stor andel av den svenska varukorgens värde som ingår. För länder med få substanser, och framför allt med låg procentsiffra, baseras jämförelsen på ett litet urval och är därför förenad med större osäkerhet.

Av diagrammet framgår att kostnaden för varukorgen i de sju länderna till vänster i diagrammet är lägre än Sverige. I Nederländerna och Spanien är skillnaden i kostnad mindre än en procent jämfört med Sverige. Sex länder i analysen har högre priser i Sverige.

Det finns en viss trend att fler substanser/en större andel av varukorgens värde är tillgängliga i de länder där varukorgarna är relativt dyra även om exempelvis Storbritannien och Finland är undantag. Eftersom varukorgens sammansättning varierar i jämförelsen mot de olika länderna bör inga slutsatser dras om den relativa prisnivån *mellan* övriga länder.

Det ovanstående diagrammet visar priserna på AIP-nivå, det vill säga kostnaden för att leverera läkemedlen till apotek. I detta ingår ersättning för distribution till apotek, men inte kostnad för att expediera läkemedlet till patienten. Nedanstående diagram visar resultatet inklusive kostnaden för att expediera läkemedlet till patient (såväl exklusive som inklusive moms).



Figur 3. Den bakomliggande metoden är densamma som för Figur 2. Skillnaden jämfört med det diagrammet är att även AUP exklusive och AUP inklusive moms är inkluderade. För Storbritannien och Nederländerna saknas AUP, varför det inte går att säga något om hur AUP-nivån på läkemedlen i dessa länder förhåller sig till den i Sverige.

Det är tydligt att resultatet är starkt beroende av vilken försäljningsnivå som analyseras. Av de 13 länder för vilka IMS har inhämtat/skattat AUP är varukorgen bara billigare i Frankrike, Belgien och Norge sett till AUP exklusive moms. Sett till AUP inklusive moms blir även den norska varukorgen dyrare än i Sverige. I samtliga jämförelseländer läggs moms åtminstone på vissa produkter¹⁴ även om momssatsen varierar (från 2,1 % i Frankrike upp till 25 % i Norge och Danmark).

Apoteksmarginalerna i Storbritannien och i Nederländerna är konstruerade på ett sätt som gör att det inte är möjligt att beräkna AUP. Det går därför inte att säga något om hur AUP-nivån för läkemedlen i dessa länder förhåller sig relativt nivån i Sverige.

Att den relativa kostnaden för varukorgen i Sverige framstår som lägre på AUP-nivå (såväl exklusive som inklusive moms) än på AIP-nivå beror på att den svenska apoteksmarginalen i ett internationellt perspektiv är låg mätt i procent, framför allt på läkemedel med ett högt försäljningspris. För generiska produkter, som i Sverige vanligen har ett väsentligt lägre AIP än vad originalläkemedel har, är det procentuella pålägget högre. Skillnaden mellan AUP-

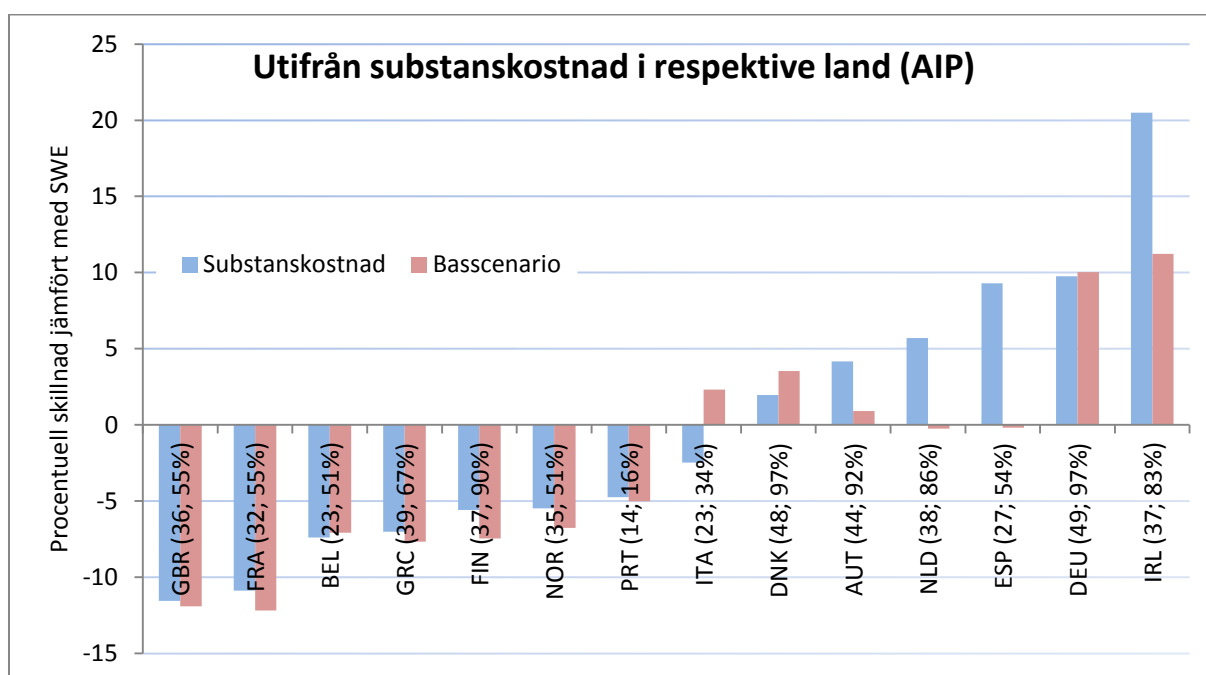
¹⁴ Vissa produkter i Österrike och Irland är momsbefriade (för Irland gäller det samtliga produkter i urvalet).

och AIP-analyserna skulle därför troligen vara lägre om även generiska produkter hade inkluderats i prisjämförelsen.

4.1.2 Beräkning utifrån substanskostnad i respektive land

I stället för att utgå från de förpackningar i andra länder som är identiska med de som finns i Sverige är det möjligt att för de länder där TLV har försäljningsstatistik beräkna genomsnittlig kostnad för respektive substans.

Detta kan ge en jämförelse som bygger på en större andel av värdet i den svenska varukorgen. Så är exempelvis fallet om övriga länder använder samma substanser men andra beredningsformer/förpackningsstorlekar/styrkor. Om det däremot är det faktum att substanserna inte alls finns i jämförelseländerna ovan som gör att exempelvis jämförelsen mot Norge bygger på cirka hälften av värdet i den svenska varukorgen kommer detta senare sätt att vikta inte att förändra speciellt mycket.



Figur 4. De blå kolumnerna är beräknade utifrån faktisk genomsnittlig kostnad i respektive land för var och en av de ingående substanserna. I övrigt använder beräkningen samma antaganden som i basscenariot. Inom parentes anges varukorgens andel av den svenska varukorgens värde. De röda kolumnerna visar vad resultatet var i basscenariot. Inom parentes anges hur många substanser som ingår i respektive jämförelse samt andel av den svenska varukorgens värde.

Av diagrammet ovan framgår två saker. För det första är antalet substanser i andra länders varukorgar fortfarande i flera fall lågt. Detta beror på att flera av de substanser som väger tungt i den svenska varukorgen i många av jämförelseländerna endast tillhandahålls via sjukhus, om alls. Exempelvis har fem av de nio substanser med störst vikt ingen försäljning alls i Italien och Portugal. Mer geografiskt närliggande saknar tre av samma nio substanser helt försäljning i Storbritannien och Norge. För länder där försäljningen är noll är det av naturliga skäl inte möjligt att beräkna genomsnittspris för substansen.

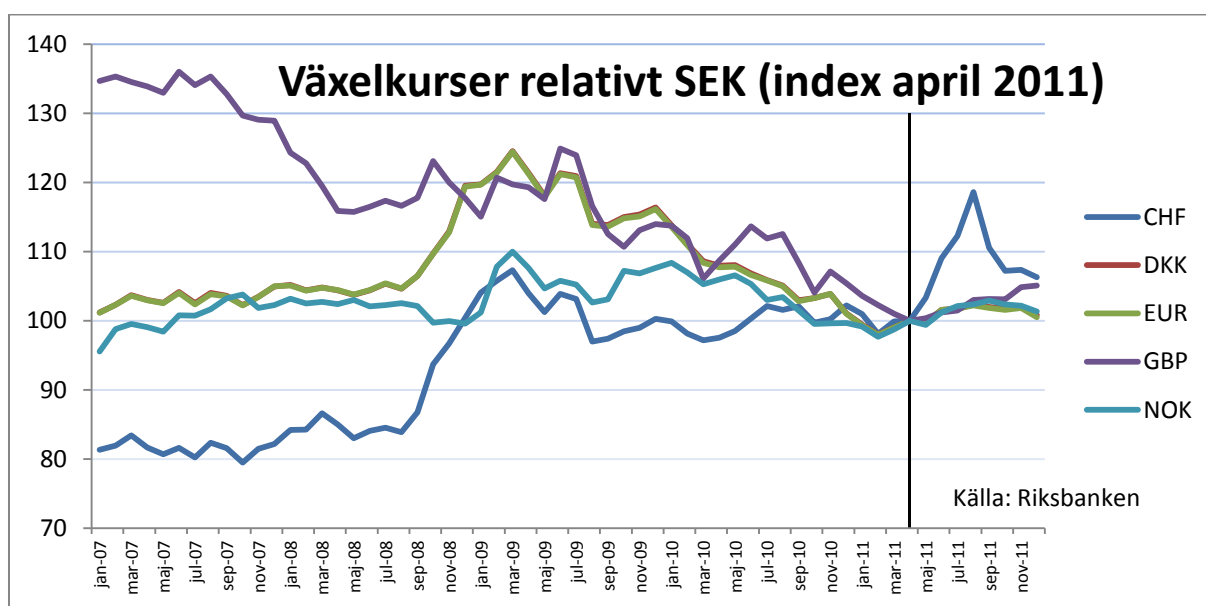
En annan sak som framgår av diagrammet är att metodvalet påverkar resultatet i en del jämförelser i ganska stor omfattning, exempelvis förändras varukorgen i Nederländerna och

Spanien från att vara några procent billigare än i Sverige till att vara 5-10 procent dyrare. Även för Italien och Irland förändras utfallet med upp till tio procentenheter. Stora förändringar för länder med lågt värde på varukorgen kan indikera att precisionen i jämförelsen är låg.

4.1.3 Variation i växelkurser

Av diagrammet nedan framgår att den svenska kronan generellt har stärkts mot såväl euro, DKK¹⁵ som GBP. Den norska kronan har stärkts något, men har legat ganska stabilt under större delen av perioden. Jämfört med början av perioden har schweizerfrancen stärkts avsevärt gentemot SEK.

Vad som också framgår av diagrammet är att främst schweizerfrancen och det brittiska pundet har stärkts jämfört med den svenska kronan *efter* april 2011. Vid årsskiftet 2011/2012 låg övriga valutor knappt en procent högre än vad de gjorde i april 2011.



Figur 5. Diagram över hur värdet (genomsnittliga månadskurser) i SEK för i analysen ingående valutor har förändrats under perioden 2007-2011. April månad 2011 är satt som indexmånad (svart vertikalstreck). Värden över 100 innebär att valutan vid varje givet tillfälle kostar mer i SEK än vid indexmånaden. Till exempel är det tydligt att det brittiska pundet (GBP) har försvagats avsevärt sedan början av 2007, då den kostade drygt 30 procent mer än vad den gjorde i april 2011. Även efter indexdatum har samtliga valutor stärkts (Riksbanken, 2011).

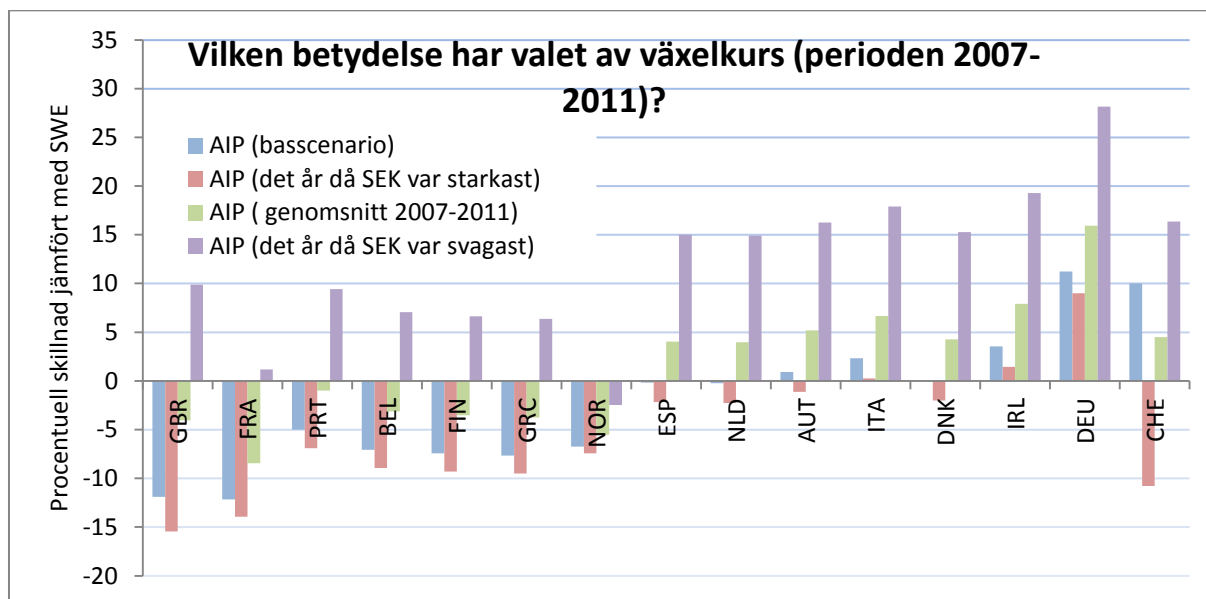
I nedanstående diagram visas vilken effekt valet av växelkurs har (inom femårsperioden 2007-2011). I diagrammet redovisas, förutom basscenariot, tre olika utfall:

- Den genomsnittliga växelkursen från det år då den svenska kronan var som *starkast*
- Den genomsnittliga växelkursen från det år då den svenska kronan var som *svagast*
- Genomsnitt för femårsperioden 2007-2011

För de flesta jämförelser förändrar valet av växelkurs utfallet helt. I basscenariot är varukorgen i Storbritannien drygt tio procent billigare än i Sverige, men om beräkningen i

¹⁵ Den danska kronan är knuten till euron, varför dessa kurvor i stort sett är identiska.

stället utgår från växelkursen 2007 blir varukorgen i Storbritannien tio procent dyrare än i Sverige.¹⁶

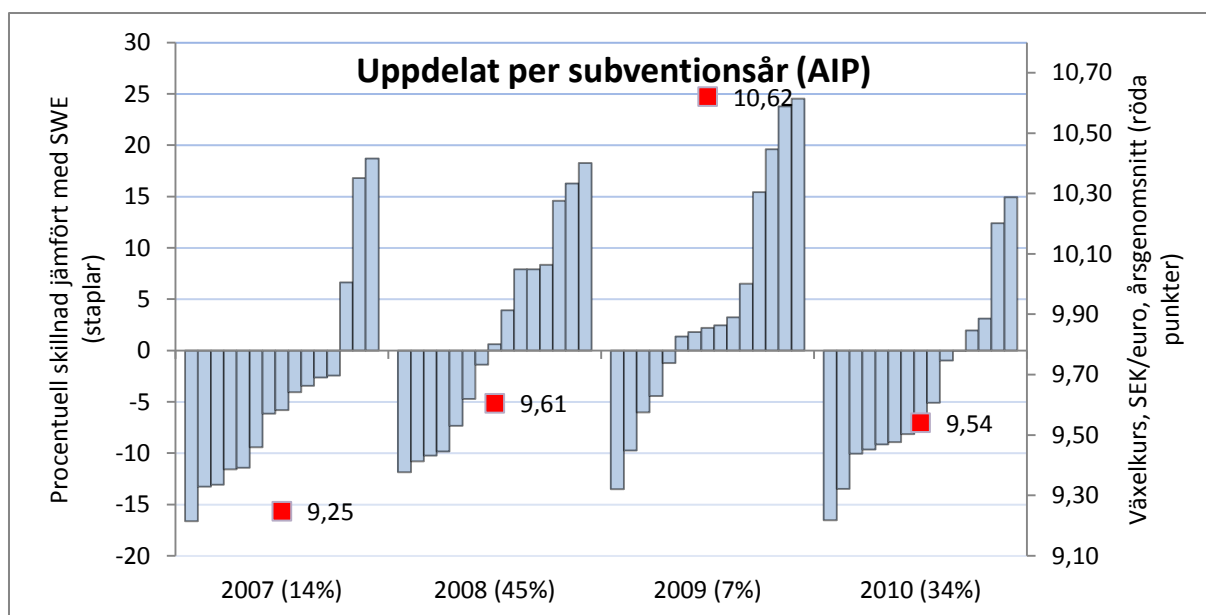


Figur 6. I diagrammet visas resultatet med genomsnittlig växelkurs från det år då den svenska kronan var starkast/svagast mot respektive valuta, samt med genomsnittlig växelkurs under perioden 2007-2011. Valet av växelkurs kan för samtliga jämförelser utom de mot Norge, Italien, Irland och Tyskland vända resultatet från att varukorgen i Sverige är dyrare/billigare än i jämförelselandet till det motsatta.

Av Figur 5 framgår att den svenska kronan var relativt stark under 2011 jämfört med de valutor som används i de flesta jämförelseländerna. Av detta följer att varukorgen i Sverige blir relativt sett billigare om den genomsnittliga valutakursen baseras på en längre period (gröna staplar i Figur 6).

Ovanstående diagram visar ytterligheterna. I nedanstående diagram redovisas vad som kan sägas vara årsvisa prisjämförelser. För respektive år inkluderas endast de läkemedel av de 52 ingående substanserna som TLV under det året har fattat positivt subventionsbeslut om. Genomsnittlig växelkurs för respektive år används. Vikten baseras fortfarande på volymen i april 2011. De röda punkterna visar årsgenomsnittet för SEK/euro. Ett högre värde innebär att kronan är svagare.

¹⁶ År 2007 kostade det brittiska pundet i genomsnitt 13,53 SEK, jämfört med 10,41 år 2011.



Figur 7. Diagrammet illustrerar prisindex år för år, grupperat efter det år då TLV för första gången fattat ett positivt subventionsbeslut för respektive substans. Procentsiffran vid varje år anger hur stor vikt året har i den svenska varukorgen. Punkterna anger genomsnittlig växelkurs SEK/euro under respektive år. (Ingen produkt som godkännts för subvention 2011 hade någon försäljning under den valda tidsperioden.)

Åren 2008 och 2010 är de som väger tyngst i den svenska varukorgen (45 respektive 34 procent av värdet). För övriga länder varierar vikten för respektive år. Inga produkter som godkännts för subvention av TLV år 2011 hade någon försäljning i april 2011.¹⁷

Antalet negativa/positiva staplar i diagrammet visar, uppdelat per år, hur många länder var i varukorgen är billigare/dyrare än i Sverige. Som synes varierar antalet länder som är dyrare/billigare än Sverige över åren. Exempelvis var varukorgen billigare i tolv länder år 2007, men endast i fem länder år 2009. Det tycks finnas en trend till att en starkare krona (exempelvis 2007) också innebär att varukorgen är billigare i fler länder än om kronan är svag (2009). Det år då kronan var som svagast är det år som har lägst vikt i analysen. En rimlig tolkning av Figur 7 är att det finns en tendens att de svenska priserna är högre för de produkter som lanserats i Sverige när den svenska kronan varit *stark* gentemot euron jämfört med de produkter som lanserats när den svenska kronan var *svag*. Det kan möjligen också vara så att den svaga svenska kronan år 2009 gjorde att få produkter (i alla fall ett litet värde) lanserades i Sverige. Det lilla urvalet gör att det är vanskligt att dra den slutsatsen.

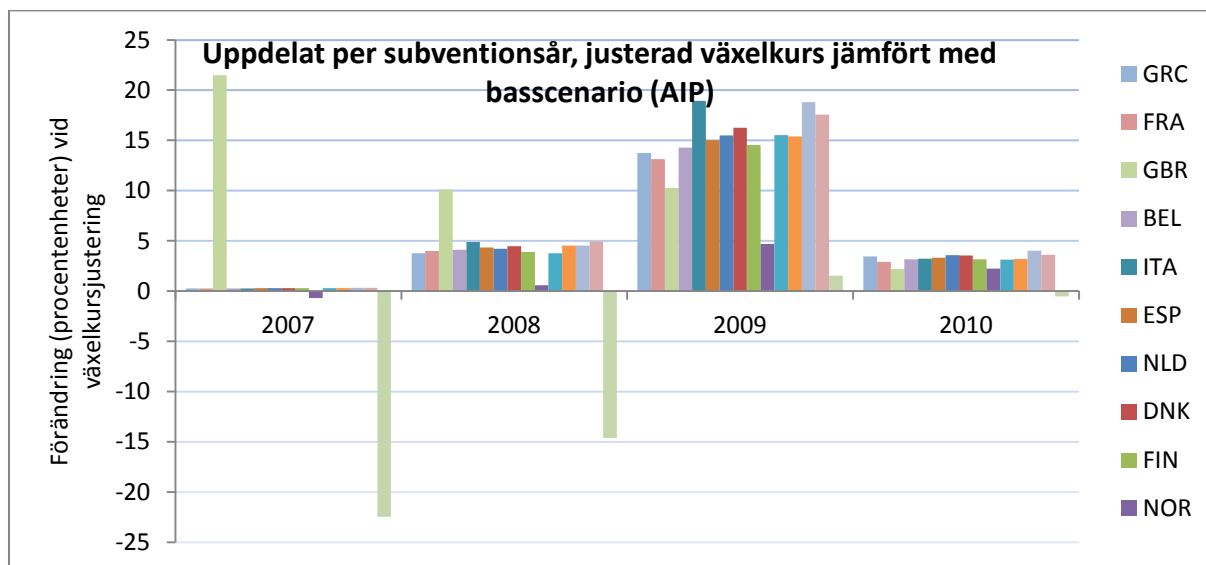
Det oviktade genomsnittet av prisskillnaderna år för år ger att varukorgen var 4 procent billigare i de andra länderna som grupp såväl år 2007 som år 2010. År 2008 och år 2009 var varukorgen i stället i genomsnitt 1 respektive 4 procent dyrare i jämförelseländerna.

Detta indikerar att förändringar i växelkurs kan förklara skillnader i läkemedelspriser mellan olika länder. Nedanstående diagram visar hur utfallet för varje land förändras om kostnaden för respektive varukorg justeras efter förändringar i växelkurs från det år beslutet fattades.¹⁸ Diagrammet visar alltså differensen mellan utfallet med växelkursjustering och utfallet utan

¹⁷ TLV:s beslut om att subventionera Revolade och Ceplene trädde i kraft först i början av maj 2011.

¹⁸ Genomsnittlig tolv månads växelkurs till och med april 2011.

växelkursjustering. Negativa staplar innebär att växelkursjusteringen leder till att Sverige blir, relativt sett, dyrare än utan växelkursjustering.



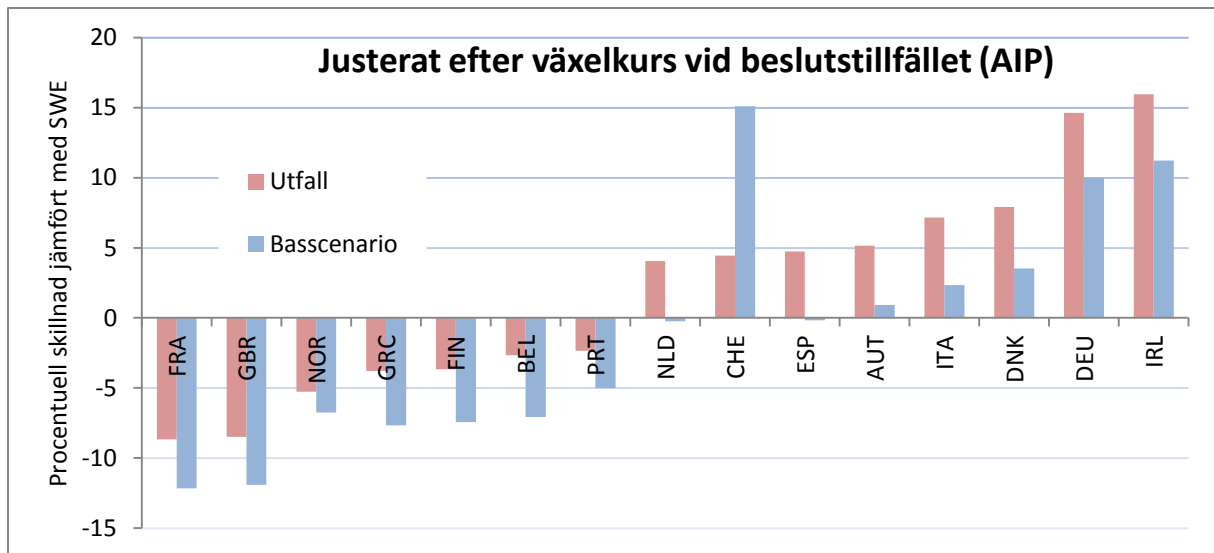
Figur 8. Diagram som visar hur mycket justering av variationer i växelkurs förändrar utfallet (förändring i antal procentenheter jämfört med basscenariot). De huvudsakligen positiva värdena beror på att den svenska kronan har stärkts mot framför allt brittiska pundet och mot euron jämfört med 2008 och 2009. Samtidigt har den svenska kronan försvagats kraftigt jämfört med schweizerfrancens 2007 och 2008, vilket illustreras av de två tydligt negativa staplarna för dessa år.

År 2007 är det observationerna för Storbritannien och Schweiz som sticker ut. Av Figur 5 framgår att valutorna för dessa länder har försvagats respektive stärkts avsevärt gentemot den svenska kronan jämfört med situationen år 2007 och 2008.

I jämförelsen med Schweiz innebär det att justeringen av växelkursen gör att Schweiz kommer billigare ut än utan justering (därav en negativ stapel). På motsvarande sätt innebär justeringen av växelkursen för det brittiska pundet att Storbritannien framstår som dyrare än utan justering. För respektive land förändras resultatet med drygt 20 procentenheter för år 2007.

Euron (och därmed den danska kronan) förstärktes mot kronan framför allt under 2009, men i viss mån även under 2010. Detta medför att varukorgen i Sverige blir billigare mot euroländer än utan växelkursjustering.

I nedanstående diagram har informationen från Figur 6 vägts ihop för varje land. Exempelvis så var samma varukorg år 2007 volymviktad efter svensk volym 17 procent dyrare i Schweiz än i Sverige. Justerat för att den svenska kronan sedan dess har stärkts med 23 procent gentemot schweizerfrancens blir den schweiziska varukorgen i stället fem procent billigare än i Sverige. När samma justering görs för samtliga år blir varukorgen 6 procent dyrare än den svenska, i stället för 15 procent dyrare.



Figur 9. När skillnaderna mellan Sverige och respektive jämförelseland justeras för årsvisa skillnader i växelkurs blir varukorgen i Sverige i de flesta fall billigare än utan sådan justering.

Av diagrammet framgår att växelkursjusteringen medför att de relativa priserna ökar i övriga länder, undantaget Schweiz.

Slutsatsen utifrån detta diagram är att den svenska kronans värde, relativt andra valutor, kan förklara en del av de rådande skillnader i pris som finns mellan Sverige och övriga länder. Om den svenska kronan hade försvagats, snarare än förstärkts, jämfört med exempelvis euron hade basscenariot möjligen sett annorlunda ut, med fler länder som haft högre priser än Sverige.

Valutakursens betydelse lyfts också i en rapport från brittiska Department of Health (Department of Health, UK, 2009) som visar hur ett prisindex med Storbritannien som referensland utvecklats över åren 2004-2008. Storbritannien gick från att tillhöra de absolut dyraste länderna år 2004 till det näst billigaste år 2008 om årsvisa växelkurser används. Om den femåriga genomsnittskursen i stället används skulle Storbritannien i rapporten ligga ungefär i mitten av de 13 länderna. Det försvagade pundet lyfts av författarna fram som en viktig förklaring till detta fenomen.

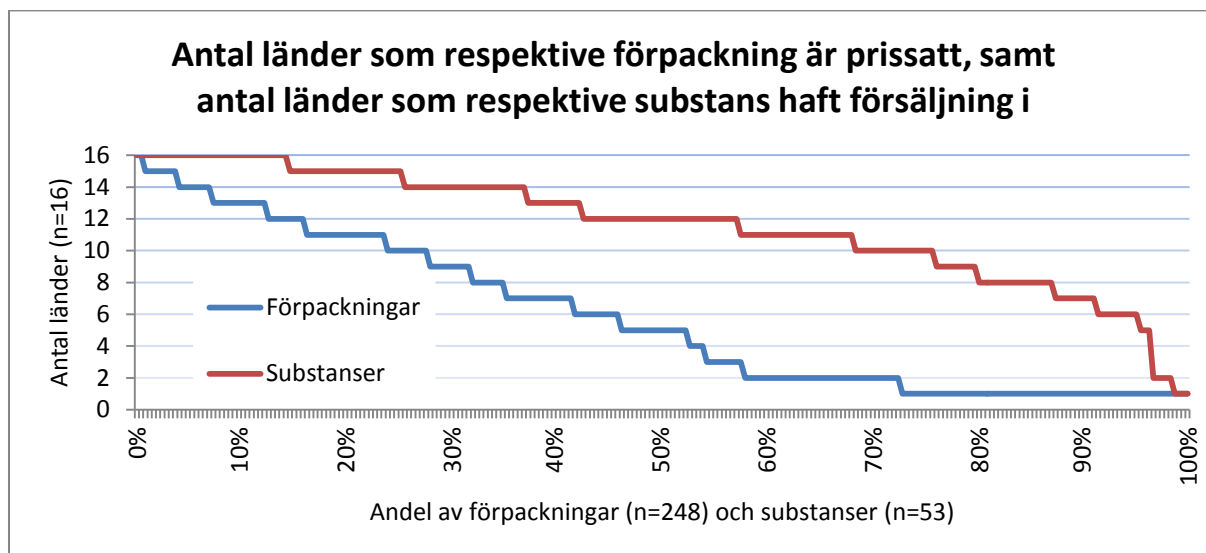
4.2 Globalt prisindex

I tidigare presenterade diagram jämförs Sverige med vart och ett av de övriga länderna, då varje varukorg innehåller produkter som finns i både Sverige och respektive jämförelseland. Det är däremot inte möjligt att jämföra övriga länder med varandra eftersom varukorgen i jämförelsen mellan Sverige och Belgien inte är samma varukorg som används i jämförelsen mellan Sverige och Norge. Även om det går att säga att den svenska varukorgen i jämförelsen med Belgien var sju procent billigare i Belgien och att den svenska varukorgen i jämförelsen med Norge också var sju procent billigare i Norge så går det inte att säga att priserna är desamma i Norge och Belgien, eftersom varukorgarna inte är identiska mellan dessa länder.

För att kunna jämföra övriga länder med varandra måste varukorgarna anpassas så att de innehåller samma förpackningar/substanser. Detta innebär dock att endast de förpackningar/substanser som finns i *samtliga* länder kan inkluderas. En sådan jämförelse

kommer därför att bygga på ett litet underlag. För att jämföra Sverige med vart och ett av de ingående länderna är de bilaterala prisjämförelserna väsentligt mer ändamålsenliga.

Det framgår av nedanstående diagram att mycket få av de 248 unika förpackningarna finns i samtliga 16 länder. För att täcka hälften av förpackningarna kan endast fem länder inkluderas i det globala prisindexet. Om samtliga länder ska inkluderas kan endast två förpackningar inkluderas.¹⁹

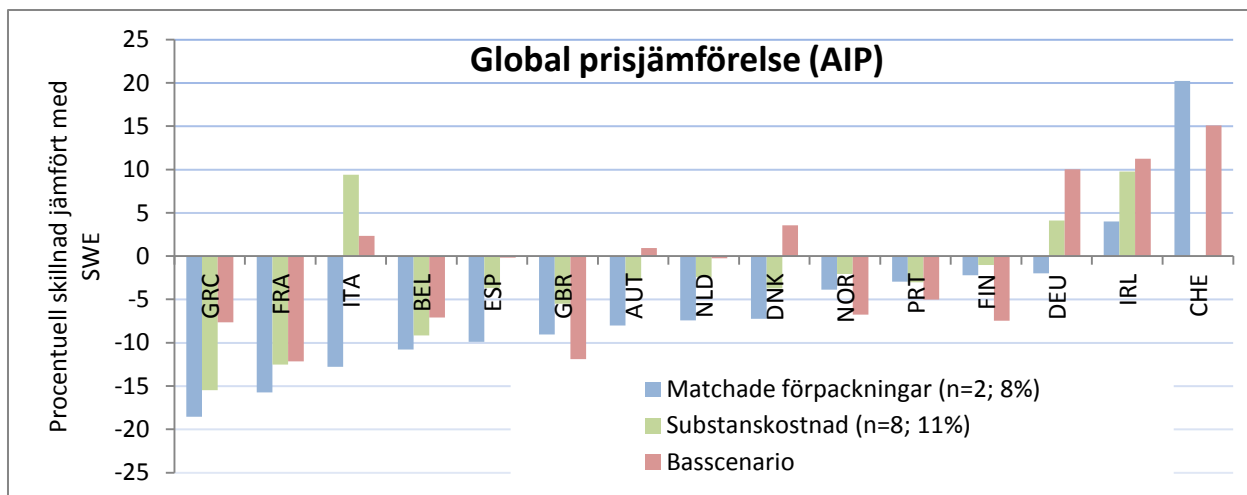


Figur 10. Diagrammet visar hur många länder respektive förpackning/substans är prissatt i. Exempelvis går det att se att 50 procent av de 248 förpackningarna är prissatta i minst fem länder, att cirka 25 procent av förpackningarna endast finns i ett land och att två procent av förpackningarna finns i samtliga 16 länder. För antal substanser som haft försäljning (det går inte att beräkna kostnad per substans för länder där substansen inte haft någon försäljning) har 50 procent av substanserna haft försäljning i minst 12 länder.

Av de två förpackningarna väger Januvia tungt även i den svenska, större, varukorgen (drygt åtta procent), medan Cervarix väger närmre en promille. I praktiken blir därför det globala prisindexet med identiska förpackningar en fråga om hur mycket Januvia, filmdragerad tablett, 100 mg, 28 stycken kostar i de olika länderna.

Även om metoden för ett globalt prisindex möjliggör jämförelser mellan länder är det naturligtvis inte lämpligt att dra några långtgående slutsatser om prisnivån i olika länder utifrån ett så litet urval. Den lägre precisionen i en global prisjämförelse som utgår från kostnad för respektive *substans* i de olika länderna kan därför ändå vara att föredra, då underlaget vanligen blir större.

¹⁹ Januvia, filmdragerad tablett, 100 mg, 28 st samt Cervarix, injektionsvätska, suspension, förfylld spruta, 1x0,5 ml.



Figur 11. Global prisjämförelse utifrån identiska förpackningar (blå staplar) och utifrån substanser (gröna staplar). Röda staplar visar utfallet vid basscenariot (identiska förpackningar). Endast två av 248 förpackningar var prissatta i samtliga länder vid tiden för datauttag. De två produkterna motsvarade drygt åtta procent av kostnaden (AIP) i den svenska varukorgen. Åtta av de drygt 50 substanserna fanns i samtliga länder; de åtta substanserna motsvarade cirka elva procent av den svenska varukorgens kostnad. Notera att TLV inte har försäljningsstatistik från Schweiz, och därför inte heller möjlighet att beräkna genomsnittlig kostnad per substans för detta land.

Inte någon av metoderna baseras på tillräckligt stort urval för att generellt kunna säga något om prisnivån mellan de olika länderna. Några intressanta observationer kan trots detta göras av diagrammet.

Beroende på om jämförelsen görs utifrån matchade förpackningar eller utifrån substanskostnad så förändras exempelvis resultatet för Italien avsevärt. Den substans som väger tyngst i de globala jämförelserna är sitagliptin (Januvia). I fallet med Italien var den förpackning av Januvia som står för i princip hela prisindexet på förpackningsnivå väsentligt billigare än i Sverige, vilket gör att varukorgen i Italien också blir väsentligt billigare när identiska förpackningar jämförs. Vid en jämförelse utifrån vad respektive land betalat för de ingående substanserna vägs dock denna prisskillnad upp av att Italien betalar väsentligt mer för produkten Avamys. I de bilaterala prisindexen har denna produkt en ganska liten vikt, men när endast de substanser som sålts i samtliga länder inkluderas får denna substans så stor vikt att det högre priset för Januvia i Sverige vägs upp av Italiens högre pris för Avamys.

Exemplet visar vad som kan hända när urvalet blir väldigt litet och illustrerar tydligt att jämförelser på ett litet urval kan ge vitt skilda resultat på grund av faktorer som kan anses spela liten vikt.

4.3 Alternativ analys – de mest säljande produkterna

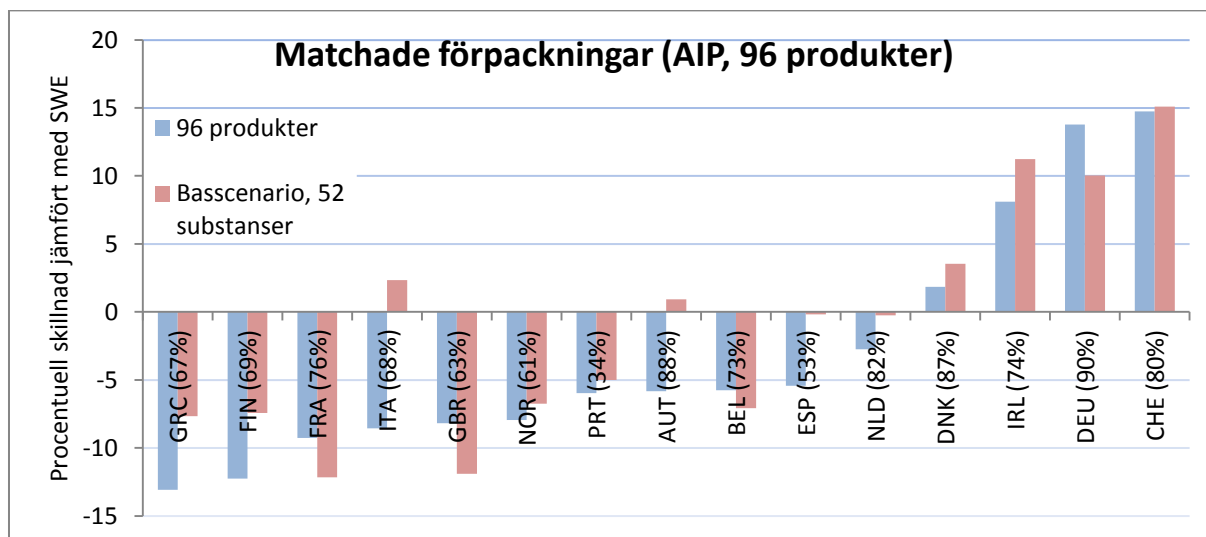
Ovanstående analyser utgår från läkemedel som har en förhållandevis låg kostnad för de svenska läkemedelsförmånerna. Även om det inte ingår i uppdraget i regleringsbrevet har TLV valt att redovisa resultatet också för de mest säljande receptförskrivna produkterna, sett till AIP-kostnad.²⁰

²⁰ Se 6.2.2 för en fullständig lista över vilka substanser som är inkluderade, vikt för respektive substans och prisspridning.

Analysen använder huvudsakligen samma metod som i basscenariot.

4.3.1 Matchade förpackningar

Som nämnts ovan har den svenska varukorgen ett väsentligt högre värde än den jämförelse som bygger på de 52 nyintroducerade substanserna – drygt 9 miljarder kronor (AIP) per helår.



Figur 12. När prisjämförelsen görs utifrån de i Sverige för förmånen mest kostsamma substanserna (blå staplar) förändras främst magnituden, snarare än riktningen, i basscenariot (röda staplar). För två länder blir varukorgen billigare än i Sverige istället för att i basscenariot vara dyrare. Värdet på den svenska varukorgen är 9,0 miljarder kronor. På samma sätt som tidigare indikerar den procentuella siffran värdet på varukorgens värde i respektive jämförelse.

När analysen bygger på äldre patenterade produkter är de svenska priserna *högre* jämfört med när endast nyintroducerade läkemedel analyseras. Av figuren framgår också att de länder som var billigare respektive dyrare än Sverige för nyintroducerade läkemedel generellt också är billigare/dyrare när analysen tittar på det större urvalet.

Jämförelsen med Portugal baseras på 34 procent av den svenska varukorgens värde på 9,0 miljarder kronor, det vill säga drygt 3 miljarder kronor. Övriga jämförelser baseras på större värden.

För Storbritannien blir varukorgen, relativt analysen av nyintroducerade substanser, dyrare. Detta kan vara en indikator på att det försvagade brittiska pundet är en förklarande faktor för Storbritanniens väsentligt lägre priser än Sverige för läkemedel som introducerats de senaste åren.

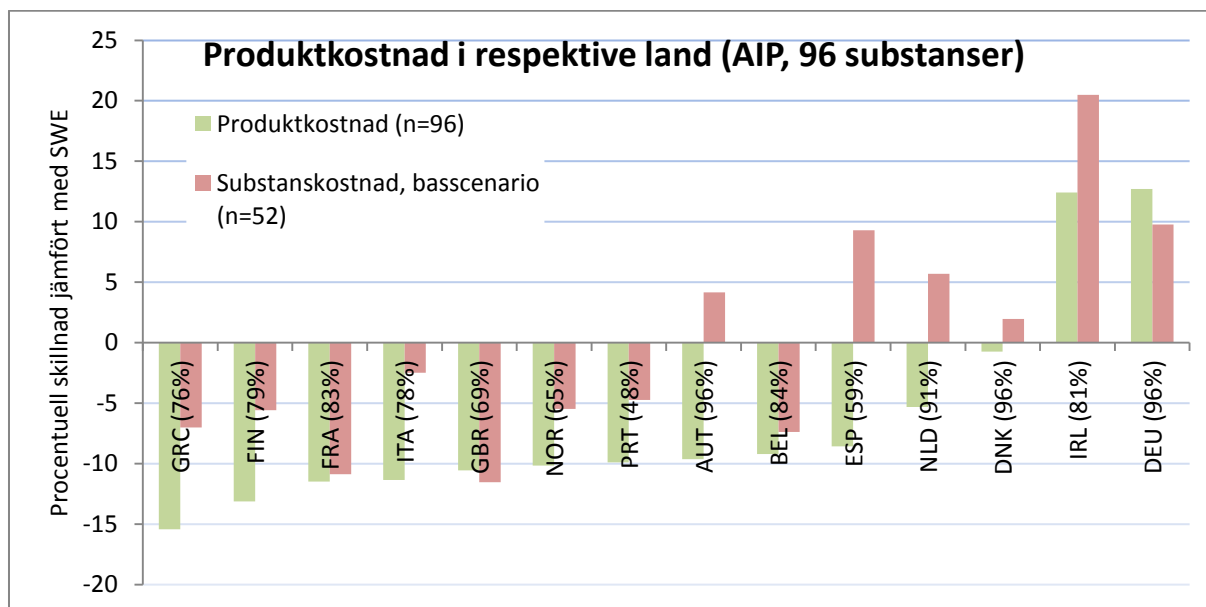
Av

Tabell 4 på sid 37 framgår att de två produkter som väger tyngst i den svenska varukorgen är Enbrel och Humira, med en samlad volym på drygt 16 procent, motsvarande knappt 1,5 miljarder kronor. I samband med att TLV i slutet av 2011 omprövade subventionen för den klass av läkemedel som dessa läkemedel tillhör (TNF-hämmare) sänkte företagen bakom produkterna priserna med drygt fem procent på AIP-nivå. Prissänkningarna trädde ikraft vid årsskiftet 2011/2012 och de svenska priser som jämförelsen bygger på är därför *högre* än de

som gäller för tillfället. Detta överskattar kostnaden för den svenska varukorgen. Trots att det gäller de tyngst vägande produkterna så är den totala effekten inte större än ungefär en procentenhet om de svenska priserna uppdateras.

4.3.2 Beräkning utifrån produktkostnad i respektive land

Vid en analys av kostnad per produkt framstår den svenska varukorgen överlag som dyrare än när endast nyare produkter är inkluderade. Det enda undantaget är Storbritannien.



Figur 13. De gröna kolumnerna är beräknade utifrån vilken faktisk genomsnittlig kostnad respektive land haft för var och en av de ingående 96 produkterna i det större urvalet. Utfallet för de nyare produkterna är med som referens (röda staplar). Inom parentes anges varukorgens andel av den svenska varukorgens värde. De röda kolumnerna visar resultatet för basscenariot. Inom parentes anges hur många substanser som ingår i respektive jämförelse samt hur stor andel av den svenska varukorgens värde på 9,2 miljarder kronor som ingår i respektive jämförelse.

Resultatet liknar det OECD kom fram till i en tidigare utförd analys på de 180 mest säljande produkterna för samma 15 länder som ingår i denna rapport (Moise & Docteur, 2007). I OECD:s analys hade tolv länder lägre priser än Sverige på AIP-nivå och tre länder hade högre, medan det på AUP-nivå var fem länder som hade lägre priser och tio högre.

5 Citerade arbeten

Apotekens Service AB, 2011. www.apotekensservice.se. [Online].

Brekke, K. B., Holmås, T. H. & Straume, O. R., 2008. *Er legmidler billig i Norge? En sammenligning av priser på reseptpliktige legemidler mellom Norge og ni vest-europeiske land*, Bergen: The Institute for Research in Economics and Business Administration.

Brekke, K. B., Holmås, T. H. & Straume, O. R., 2010. *Are pharmaceuticals still inexpensive in Norway? A comparison of prescription drug prices in ten European countries*, Bergen: The Institute for Research in Economics and Business Administration.

Brekke, K. B., Holmås, T. H. & Straume, O. R., 2011. *Comparing pharmaceutical prices in Europe - A comparison of prescription drug prices in Norway with nine western European countries*, Bergen: The Institute for Research in Economics and Business Administration.

Department of Health, UK, 2009. *The Pharmaceutical Price Regulation Scheme - Tenth Report to Parliament*, u.o.: u.n.

Habl, C., 2011. *How to interpret and compare pharmaceutical prices - Price types and price levels*. Wien, u.n.

Kanavos, P. o.a., 2011. *Differences in costs of and access to pharmaceutical products in the EU*, Bryssel: EU-parlamentet.

Lucas, F. & Ingate, S., 2010. *How to select, develop and implement a successful patient access scheme*, St. Ives: u.n.

Läkemedelsverket, 2011. *NCE godkända mellan 2007-01-01 och 2010-12-31*, u.o.: u.n.

Moïse, P. & Docteur, E., 2007. *Pharmaceutical pricing and reimbursement policies in Sweden*, u.o.: OECD Publishing.

Riksbanken, 2011. www.riksbanken.se. [Online].

TLV, 2009. *Föreskrifter om ändring i Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets föreskrifter (TLVFS 2009:3) om handelsmarginal för läkemedel och andra varor som ingår i läkemedelsförmånerna*. u.o.:u.n.

TLV, 2010. *TLV:s uppdrag angående omregleringen av apoteksmarknaden*, Stockholm: u.n.

TLV, 2011. www.tlv.se. [Online].

Vogler, S., 2011. *Pharmaceutical policies in response to the financial crisis - results from policy monitoring in the EU*. Wien, u.n.

6 Appendix

6.1 Databeskrivning, de 96 mest säljande produkterna i Sverige

Land	Antal prissatta produkter	Varukorgens värde (12 månader) med svenska AIP (MSEK) utifrån prissatta produkter	Antal prissatta unika förpackningar (ej duplikat) som också var subventionerade i Sverige 31/10 2011	Vaukorgens värde (12 månader) med svenska AIP (MSEK) utifrån prissatta unika förpackningar
SWE	96	9 165	292	9 023
AUT	91	8 789	215	7 947
BEL	68	7 738	157	6 545
DNK	92	8 828	229	7 888

FIN	71	7 277	175	6 248
FRA	72	7 649	174	6 840
DEU	91	8 844	249	8 152
GBR	75	6 361	201	5 712
GRC	74	7 002	156	6 016
IRL	71	7 402	180	6 685
ITA	70	7 105	171	6 108
NLD	85	8 297	212	7 414
NOR	50	5 960	135	5 509
PRT	37	4 365	85	3 055
ESP	54	5 436	130	4 771
CHE	83	8 355	189	7 249

Tabell 2. Beskrivning av antalet produkter i jämförelsen som baseras på de mest säljande produkterna i Sverige. Värdet i tredje kolumnen är ingen prisjämförelse. Ett högre värde visar att en stor del av den svenska varukorgen finns tillgänglig i respektive land (exempelvis Tyskland) och på motsvarande sätt visar ett lågt värde (exempelvis Portugal) att en mindre del av den svenska varukorgen finns tillgänglig i jämförelselandet.

6.2 Ingående substanser, volymvikt samt spridning av prisskillnader

6.2.1 Nyintroducerade läkemedel

I nedanstående tabell redovisas ATC-kod, produktnamn (enligt IMS), volymvikt i den svenska varukorgen samt en översiktlig redovisning av prisskillnader för nyintroducerade läkemedel. Värdet i kolumnen ”Procentuell prisskillnad i medianlandet” visar den procentuella prisskillnaden i det land som har medianpriset. På samma sätt visar värdena i nästföljande två kolumner hur relativpriset ser ut i det land som betalar det lägsta, respektive högsta priset för substansen (AIP). Tabellen är sorterad efter andel av den svenska varukorgens värde.

Av utrymmesmässiga skäl redovisas inte resultatet för varje ingående förpackning.

ATC-kod	Produktnamn (från IMS)	Vikt i den svenska varukorgen	Procentuell prisskillnad i medianlandet	Prisskillnad i det billigaste landet	Prisskillnad i det dyraste landet	Antal länder som är billigare än Sverige	Antal länder som är dyrare än Sverige
Lo4AX04	REVLIMID	17,5%	32	1	64	0	7
A10BH01	JANUVIA	8,2%	-9	-19	4	13	1
A10BX07	VICTOZA	6,4%	-8	-19	2	10	2
Lo4AB06	SIMPONI	6,1%	-2	-13	22	5	4
Lo4AB05	CIMZIA	6,0%	-8	-26	20	5	4
G04BD11	TOVIAZ	4,7%	-10	-24	18	9	3
Jo5AX08	ISENTRESS	4,7%	-2	-8	9	4	4
Lo1XE08	TASIGNA	4,5%	-8	-30	8	7	3
Lo4AX02	THALIDOMIDE CELGEN	3,5%	-6	-9	2	3	1
Lo4AC05	STELARA	2,9%	7	-11	26	2	9
Co1BD07	MULTAQ	2,8%	-17	-29	-4	11	0
Lo1XE10	AFINITOR	2,5%	-12	-20	-5	9	0
So1EE05	TAFLOTAN	2,4%	-18	-58	5	3	1
Bo3AC01	FERINJECT	2,3%	n/a	n/a	n/a	0	0
Jo5AE10	PREZISTA	2,2%	-1	-22	28	5	3

C02KX02	VOLIBRIS	2,1%	1	-14	31	4	4
L01XE02	IRESSA	2,1%	1	-7	27	4	4
N06AX22	VALDOXAN	2,1%	0	-17	17	6	7
B03XA03	MIRCERA	1,8%	-5	-27	8	8	2
N03AX18	VIMPAT	1,3%	-6	-20	23	9	4
N05AX13	INVEGA	1,2%	-3	-22	43	6	5
B01AC22	EFIENT	1,1%	-3	-20	25	7	6
L01XE11	VOTRIENT	1,0%	1	-19	15	4	4
R01AD12	AVAMYS	1,0%	33	-5	191	1	13
J05AG04	INTELENCE	0,9%	11	-11	31	2	5
B01AE07	PRADAXA	0,7%	4	-20	37	7	7
B02BX04	NPLATE	0,7%	-14	-32	-6	8	0
L04AA24	ORENCIA	0,7%	-5	-61	15	4	2
M05BX04	PROLIA	0,7%	-5	-14	27	5	4
R03AC18	ONBREZ BREEZHALER	0,6%	-6	-26	34	6	5
A10BH03	ONGLYZA	0,5%	-9	-21	5	12	2
A11HA08	VEDROP	0,5%	-20	-25	-12	4	0
C01EB19	FIRAZYR	0,5%	-13	-16	1	4	1
H01CA03	VANTAS	0,5%	30	-2	52	1	3
L04AC07	ROACTEMRA	0,5%	1	-20	46	3	3
B01AC23	PLETAL	0,4%	-9	-53	3	5	1
D06AX13	ALTARGO	0,4%	-1	-25	17	6	5
N03AF03	INOVELON	0,4%	1	-9	17	5	7
B01AX06	XARELTO	0,3%	-7	-22	16	9	5
R03DX07	DAXAS	0,3%	-1	-10	9	5	2
S01LA04	LUCENTIS	0,3%	0	-48	10	4	5
C10AD52	TREDAPTIVE	0,2%	9	-3	47	2	10
A06AH01	RELISTOR	0,1%	-2	-23	48	8	5
A10BH02	GALVUS	0,1%	17	4	59	0	14

Bo2BX05	REVOLADE	0,1%	4	-8	9	3	6
Jo7BM02	CERVARIX	0,1%	8	-37	23	6	8
No3AX17	DIACOMIT	0,1%	-11	-40	13	5	2
A10BD08	EUCREAS	0,0%	-8	-24	11	12	2
H01AC03	INCRELEX	0,0%	-8	-14	-4	5	0
Jo5AF11	SEBIVO	0,0%	-18	-24	-1	7	0
Lo3AX14	CEPLENE	0,0%		-100	-100	0	0
Vo3AE04	OSVAREN	0,0%	-1	-29	64	5	4

Tabell 3. Tabellen listar samtliga ingående substanser i analysen av nyintroducerade läkemedel, samt hur stor vikt respektive substans har i den svenska varukorgen. De sju tyngst vägande substanserna står för 53,6 procent av den svenska varukorgens värde.

6.2.2 De mest säljande produkterna

I nedanstående tabell redovisas ATC-kod, produktnamn (enligt IMS), volymvikt i den svenska varukorgen samt en översiktlig redovisning av prisskillnader för de mest säljande substanserna. Värdet i kolumnen ”Procentuell prisskillnad i medianlandet” visar den procentuella prisskillnaden i det land som har medianpriset. På samma sätt visar värdena i nästföljande två kolumner hur relativpriset ser ut i det land som betalar det lägsta, respektive högsta priset för substansen (AIP). Tabellen är sorterad efter andel av den svenska varukorgens värde.

Av utrymmesmässiga skäl redovisas inte resultatet för varje ingående förpackning.

ATC-kod	Produktnamn (från IMS)	Vikt i den svenska varukorgen	Procentuell prisskillnad i medianlandet	Prisskillnad i det billigaste landet	Prisskillnad i det dyraste landet	Antal länder som är billigare än Sverige	Antal länder som är dyrare än Sverige
Lo4AB01	ENBREL	8,4%	-14	-21	22	11	3
Lo4AB04	HUMIRA	7,9%	-8	-20	24	8	3
C10AA05	LIPITOR	3,9%	-10	-35	17	7	3
Ro3BB04	SPIRIVA	2,8%	-18	-57	11	13	2
Bo2BD02	RECOMBINATE	2,7%	-20	-50	88	6	2
No3AX16	LYRICA	2,7%	-6	-21	154	9	6
A10AE04	LANTUS	2,4%	-7	-21	8	12	3
No6BA04	CONCERTA	2,4%	-15	-40	13	12	2
Ro3AK06	SERETIDE	2,3%	-29	-47	-9	13	0

Lo1XE01	GLIVEC	2,2%	-3	-19	14	8	4
Lo3AB07	AVONEX	2,2%	-11	-30	37	7	5
A10AB05	NOVORAPID	2,0%	-12	-27	36	10	5
A10AD05	NOVOMIX	1,9%	-6	-14	34	10	5
No5AH04	SEROQUEL	1,8%	-18	-51	33	7	5
No6DA02	ARICEPT	1,8%	-21	-38	13	9	1
Co9CA06	ATACAND	1,5%	-10	-38	63	11	3
Co9CA06	BLOPRESS	1,5%	-7	-34	7	9	3
Bo2BD02	KOGENATE	1,4%	16	0	26	1	7
Bo2BD02	REFACTO	1,4%	3	-26	54	1	2
No5AX12	ABILIFY	1,4%	-31	-56	18	12	3
Lo3AB07	REBIF	1,3%	-13	-37	34	7	5
Lo3AX13	COPAXONE	1,3%	-15	-38	27	9	4
Ro1AD09	NASONEX	1,3%	-10	-31	83	9	2
A10AC01	INS.PROTAPHANE HM	1,2%	5	-15	69	4	11
Bo2BD08	NOVOSEVEN	1,1%	7	-1	27	1	4
Bo3XA02	ARANESP	1,1%	-6	-27	23	7	5
Lo4AX04	REVLIMID	1,1%	37	2	72	0	9
No2AA05	OXYCONTIN	1,1%	-20	-33	31	5	2
No6AB10	CIPRALEX	1,1%	-20	-33	35	7	4
No6AX21	CYMBALTA	1,1%	-2	-27	104	9	6
Ro3DC03	SINGULAIR	1,1%	4	-4	54	5	7
C10AA07	CRESTOR	1,0%	-1	-17	33	7	6
Go4BD07	DETRUSITOL	1,0%	-8	-29	103	9	4
No6DX01	EBIXA ²¹	1,0%	1223	1062	3551	0	15
Co2KX01	TRACLEER	0,9%	-4	-19	23	7	3
C10AX09	ZETIA	0,9%	0	-13	22	7	8
Jo5AR02	EPZICOM	0,9%	-3	-15	36	5	3
Lo3AB08	BETAFERON	0,9%	-7	-26	40	9	2
No5AX08	RISPERDAL	0,9%	26	-59	439	6	4

²¹Ebixa finns i två olika beredningsformer som sinsemellan har olika pris per mg substans. Eftersom användningen i Sverige i mycket större utsträckning än i andra länder sker på den beredningsform som är billigare framstår Ebixa som väsentligt mycket dyrare i övriga länder. Av denna anledning är Ebixa inte med i den analys som bygger på substanskostnad.

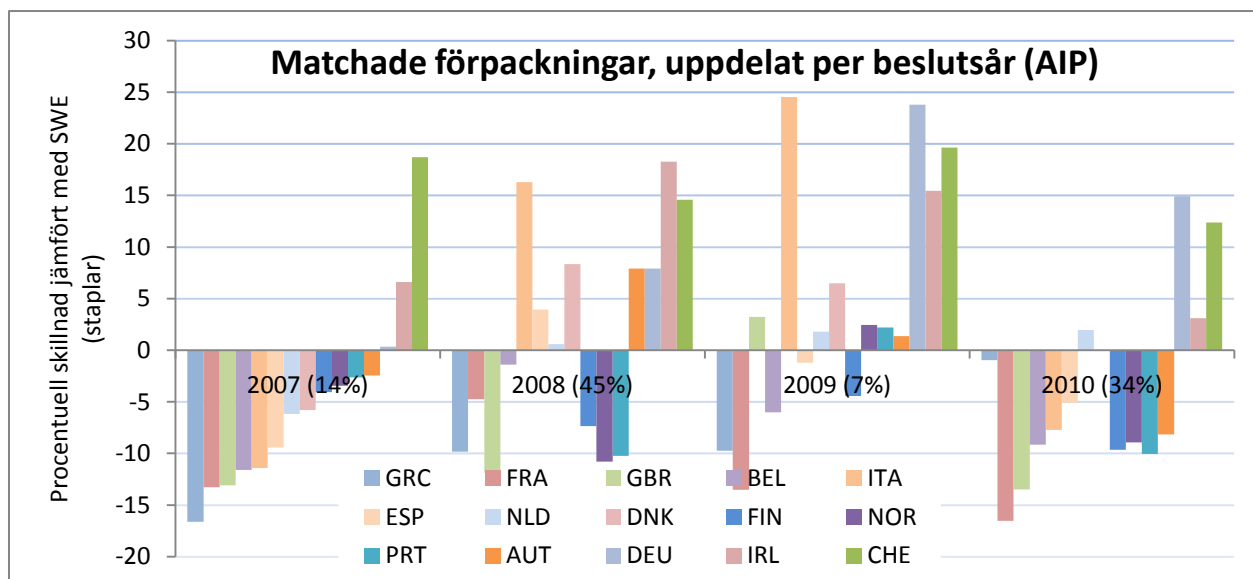
A10AB04	HUMALOG	0,8%	-4	-33	74	8	7
A10AE05	LEVEMIR	0,8%	-3	-15	12	11	4
Lo4AD01	SANDIMMUN	0,8%	-28	-57	13	11	1
No2AE01	NORSPAN	0,8%	18	-14	175	2	5
No2CC03	ZOMIG	0,8%	-49	-56	-6	15	0
No6BA09	STRATTERA	0,8%	1	-28	46	7	7
No6DA04	REMINYL	0,8%	-24	-42	16	10	2
A16AB02	CEREZYME	0,7%	n/a	n/a	n/a	0	0
Go4BD08	VESICARE	0,7%	-10	-28	22	11	3
H01AC01	NORDITROPIN	0,7%	-17	-41	21	7	5
Lo4AB06	SIMPONI	0,7%	-2	-20	25	6	4
Ro6AX27	AERIUS	0,7%	-9	-28	47	8	7
A10BH01	JANUVIA	0,6%	-8	-19	21	13	2
Bo3XA01	NEORECORMON	0,6%	-12	-60	101	8	4
Go3AC03	MIRENA	0,6%	13	-15	30	4	10
Go3GA06	PUREGON	0,6%	-27	-40	14	13	1
Jo5AE08	REYATAZ	0,6%	-4	-25	46	5	4
Lo3AA13	NEULASTA	0,6%	-20	-37	7	10	1
Lo3AB11	PEGASYS	0,6%	-9	-36	11	10	3
No4BA02	DUODOPA	0,6%	5	-4	13	1	4
Bo2BD09	BENEFIX	0,5%	-20	-46	7	4	2
Co9CA04	APROVEL	0,5%	-13	-33	21	9	2
Go3GA05	GONAL-F	0,5%	-19	-91	-5	14	0
H01CB03	SOMATULINE	0,5%	-6	-40	54	9	2
Lo1XE03	TARCEVA	0,5%	0	-9	21	6	6
Lo1XE04	SUTENT	0,5%	-4	-28	13	7	5
Lo4AB02	REMICADE	0,5%	1	-16	29	4	5
Mo1AH05	ARCOXIA	0,5%	-12	-43	52	11	4
No7BA03	CHAMPIX	0,5%	13	-11	39	4	11
A10BX07	VICTOZA	0,4%	-9	-19	-4	12	0
Co9CA03	DIOVAN	0,4%	-19	-42	-5	8	0
Jo5AE06	KALETRA	0,4%	30	-11	69	2	7
Lo1XE06	SPRYCEL	0,4%	-8	-32	12	7	4
Lo4AB05	CIMZIA	0,4%	-3	-26	21	5	5
Lo4AD02	PROGRAF	0,4%	-22	-54	38	10	1

No2CC04	MAXALT	0,4%	-15	-49	17	11	3
G04BD11	TOVIAZ	0,3%	-7	-27	17	8	5
G04BE03	VIAGRA	0,3%	-15	-52	8	8	4
Jo5AB14	VALCYTE	0,3%	-8	-59	29	9	4
Jo5AX08	ISENTRESS	0,3%	-5	-11	9	5	4
Lo1XE08	TASIGNA	0,3%	-7	-30	10	6	5
Lo4AA18	CERTICAN	0,3%	1	-31	29	7	7
No6AB10	ESERTIA	0,3%	4	4	4	0	1
No6BA07	PROVIGIL	0,3%	4	-11	21	4	6
So1EE04	TRAVATAN	0,3%	-11	-32	17	12	3
Jo2AC03	VFEND	0,2%	-29	-41	15	10	2
Lo1BC06	XELODA	0,2%	-2	-17	19	6	6
Lo1XE05	NEXAVAR	0,2%	-3	-10	17	6	4
Mo5BA08	ZOMETA	0,2%	-11	-34	28	11	3
Lo1XC02	MABTHERA	0,1%	12	-26	37	4	5
Ro3DX05	XOLAIR	0,1%	-3	-22	19	7	5
Lo1XC03	HERCEPTIN	0,0%	-5	-29	16	6	3
Lo1XX32	VELCADE	0,0%	2	-12	15	2	3
Lo4AA23	TYSABRI	0,0%	-3	-8	21	4	2
Lo4AA24	ORENCIA	0,0%	-2	-57	15	4	3
Lo4AC07	ROACTEMRA	0,0%	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
So1LA04	LUCENTIS	0,0%	3	-24	20	2	7

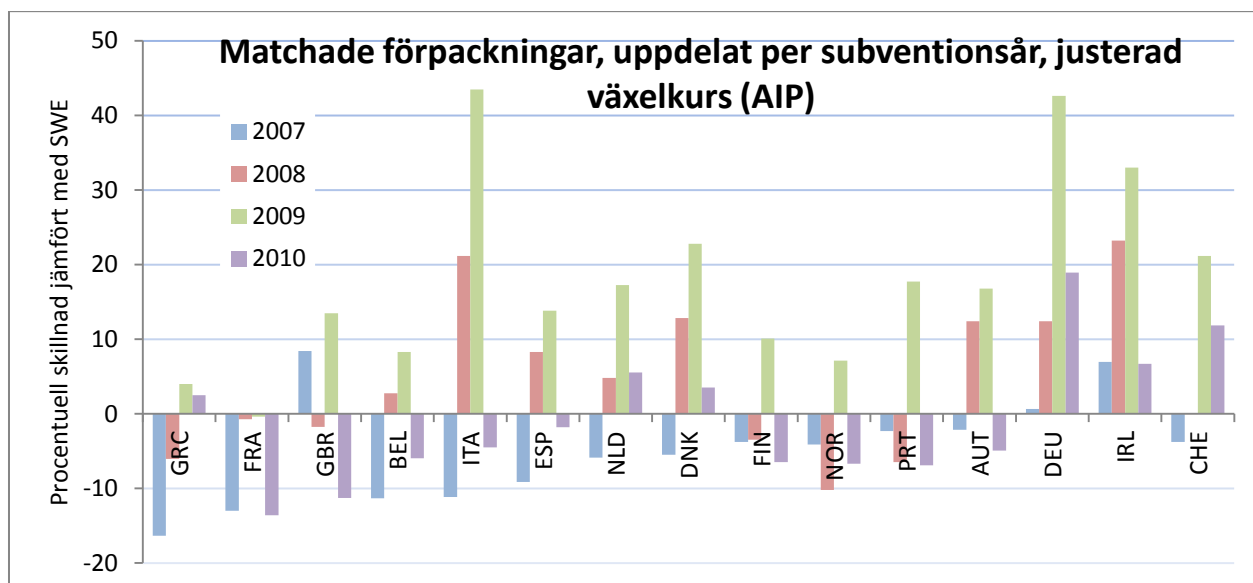
Tabell 4. Lista över ATC-koder, produkter samt dessas vikt i den jämförelse som utgår från de mest kostsamma produkterna. Asterisken indikerar att det finns mer än en produkt inom respektive ATC-kod, men det rör sig fortfarande om patentskyddade läkemedel. Den låga vikten för till exempel Lucentis och Tysabri beror på att det nästan undantagsvis används inom slutenvården. Se vidare under stycke 3 Data.

6.3 Ytterligare diagram

Nedanstående diagram ligger till grund för Figur 7 på sidan 23.



Figur 14. Diagrammet visar hur jämförelserna för de olika länderna ser ut år för år, årsvis uppdelat. Samma siffror ligger till grund för Figur 7, men till skillnad från den figuren går det i detta diagram att se resultatet land för land. Jämför Figur 15.



Figur 15. Diagrammet visar hur jämförelserna för de olika länderna ser ut år för år, grupperat efter respektive land. Samma siffror ligger till grund för Figur 7, men till skillnad från den figuren går det i detta diagram att se resultatet land för land. Jämför Figur 14.