

Hantering av läkemedelsförmånen

För diskussion

Prisenheten avser att från januari 2019 modifiera metoden för läkemedelsprisindex i KPI, för att korrektare spegla konsumenternas kostnadsutveckling. I KPI ingår läkemedel sålda på apotek m.m., numera med prismätning genom registerbaserade transaktionsdata. I beräkningen av index beaktas för närvarande inte läkemedelsförmånen genom det högkostnadsskydd som begränsar patientens kostnader. Denna subvention avses nu beaktas i KPI för att korrektare spegla levnadskostnaden. Två alternativa vägar är möjliga, vilka arbetar på aggregerad nivå resp. mikronivå. Nämnden inbjuds diskutera dessa förslag.

INNEHÅLL

1	Bakgrund.....	1
2	Syfte.....	3
3	Beaktande av läkemedelsförmånen och prisdata	3
	3.1 Läkemedelsförmånens (högkostnadsskyddets) utformning.....	4
	3.2 Konstanthållande av patientens position i trappan.....	5
4	Föreslagna ansatser	8
	4.1 Kalkylansats på makronivå för att beakta högkostnadsskyddet.....	8
	4.2 Mikrodataansats för att beakta högkostnadsskyddet.....	10
	4.3 Ytterligare förutsättningar.....	11
5	Diskussion och förslag.....	12

1 Bakgrund

Idag beräknar Prisenheten index för läkemedel till KPI baserat på transaktionsdata som eHälsomyndigheten levererar till SCB. Data täcker samtliga köptransaktioner på apotek i Sverige avseende receptbelagda läkemedel, icke receptbelagda läkemedel och läkemedel för sällskapsdjur. Prisvariabeln i datamaterialet är apotekens ”utpris” (AUP) till kund, vilket är ett listpris före subvention. Därmed fångas inte utvecklingen i det pris patienten faktiskt betalar. Förutom AUP innehåller nuvarande datamaterial följande variabler:



Antal förpackningar: antal förpackningar av såld vara

ATC-kod: "Anatomical Therapeutic Chemical Classification", en internationell klassificering av läkemedel. På högsta nivå placeras läkemedlet efter dess huvudindikation (t.ex. "Matsmältningsorgan och ämnesomsättning"), medan den lägsta görs efter kemisk substans ("Glipizid").

Försäljningssätt: hur produkten sålts, t.ex. om den förskrivits via öppenvård eller slutenvård. Försäljningskanal finns inte med.

Momssats: aktuell momssats kopplad till försäljningstransaktionen (ingen moms på receptbelagda läkemedel).

NplpackID: identitet på godkända läkemedel enligt Nationellt Produktregister för Läkemedel (NPL).

Sparaddatum: Datum satt av eHälsomyndigheten i samband med inläsning av en transaktion.

Varunummer: Nummer för identifiering av en viss vara. Det nordiska varunumret är en sexsiffrig kod som är unik för en viss förpackning från ett visst företag. Syftet är att förpackning ska kunna identifieras i distributionskedjan, från företagen till partidistributörer, apotek och myndigheter. Samma typ av läkemedel från två olika företag har olika varunummer.

Varutyp: receptfria läkemedel, handelsvaror (produkter för exempelvis diabetiker som inte är läkemedel, kan vara förskrivningsbara), receptbelagda läkemedel och övrigt

Aggregeringen i nuvarande index görs genom att medelpriser först beräknas som ett enhetsvärde över kombinationen försäljningssätt, varutyp och varunummer i både basen och undersökningsmånaden. Indextal vägs sedan ihop geometriskt enligt standardförfarandet för elementäraggregat i KPI. Vikten för varje kombination är baserad på totala omsättningen under år (y-1) Viktbasperioden är alltså här helår år-1.

Under hösten 2017 har ES/PR träffat eHälsomyndigheten och Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) för att få ökad förståelse för begreppet *pris* och hur prissättningen fungerar. Därefter har diskussioner förts för att utreda möjligheter att på bästa sätt fånga läkemedelsförmånen genom högkostnadsskyddet.

Under diskussionerna har SCB fått kännedom om eHälsomyndighetens databas *Concise*, som innehåller betydligt fler variabler än nuvarande leveransfil. En variabel som finns i databasen är patientens pris, dvs ett pris där hänsyn tagits till subventionen. För att få använda databasen skulle SCB behöva betala en årlig licenskostnad, som är högre än kostnaden för dagens leveransfiler. Den tillkommande kostnaden för att använda *Concise* bedöms dock av Prisenheten vara potentiellt motiverbar i förhållande till vägningstalets storlek, dvs 5,09 promille av KPI-korgen, om fördelarna med *Concise* är tillräckligt stora. Eventuellt är det också möjligt att bygga ut dagens leveransfiler med ytterligare variabler, vilket också medför en tillkommande kostnad.

Systemet Concise är flexibelt och det går att göra skräddarsydda datauttag för utvalda variabler. Vid datauttag kan dock inte enskilda transaktioner identifieras, utan data är aggregerad på t.ex. förpacknings-ID (NPLPackID) eller ATC-kod.

Problematiken i läkemedelsundersökningen liknar i viss mån den för tandvård, vilken diskuterades på föregående nämndmöte (nr 4, 29 maj 2018). För tandvård består subventionen av ett allmänt tandvårdsbidrag (ATB), ett särskilt tandvårdsbidrag (STB) och ett högkostnadsskydd.

Nämndledamöterna var där överens om att patientens pris är det som borde mätas, men åsikter gick isär huruvida en säsongjustering ska göras när den så kallade ATB-checken för det nya året blir tillgänglig för alla vid samma tidpunkt varje år. Till följd av checken går patientens pris först ner kraftigt och stiger därefter successivt igen när folk utnyttjat sin ATB-check.

För läkemedel inom förmånen finns ingen motsvarighet till ATB-check, utan enbart högkostnadsskyddet. Någon effekt motsvarande den som kommer till följd av ATB-checken finns inte för läkemedel. I högkostnadsskyddet är tidpunkten när en ny 1-årsperiod påbörjas individuell. Den konceptuella frågan om huruvida patientens position i trappan under en 1-årsperiod ska konstanthållas återstår dock och diskuteras vidare i denna pm.

En annan skillnad är att de åtgärder som utgör prisobservationer i tandvårdsundersökningen, i kvalitet inte är lika homogena över tiden och mellan tandläkare som försäljning av en specifik läkemedelsvara. Även prissättningen fungerar annorlunda – privattandläkare sätter själva sitt pris och kan exempelvis ge mängdrabatt för en kombination av åtgärder. För receptbelagda läkemedel fastställs priserna centralt av Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, TLV.

2 Syfte

Syftet med denna pm är att lyfta till diskussion hur priser på förskrivna läkemedel som ingår i läkemedelsförmånen kan beaktas i KPI. En indikativ plan ges för att bättre beakta subventionen och spegla patienternas (konsumenternas) levnadskostnad för läkemedel. Den förslagna implementeringen avgränsas till delindex för receptbelagda läkemedel. Det finns visserligen läkemedel inom delindex för receptfria läkemedel som kan förskrivas av läkare vid behov, men dessa berörs ej i förslaget.

3 Beaktande av läkemedelsförmånen och prisdata

Dagens förfarande siktar alltså inte helt rätt på *patientens* pris/utgift eftersom prisreduktioner genom läkemedelsförmånen (högkostnadsskyddet) inte räknas bort.

Beräkningen för KPI avses ändras för att bättre ta hänsyn till läkemedelsförmånen.

Generellt sett kan subventioner vara av två olika slag. Om subventionerna är tillgängliga för alla potentiella konsumenter ska priset i KPI rätteligen mätas efter avdrag av subventionerna. Om subventionerna däremot ges endast på vissa villkor (diskriminerande) ska i princip priset före avdrag av subventioner mätas.

Läkemedelsförmånen gäller generellt, med endast mindre omfattande undantag avseende konsumenter, varför den rätteligen ska slå igenom till fullo i KPI för läkemedlen i fråga.

Det är också i enlighet med HIKP:s förordning (EC) No 2166/1999, artikel 4, punkt 2a:

2. (a) The purchaser prices of goods and services in the health, education and social protection sectors to be used in the HICP shall be the amounts to be paid by consumers net of reimbursements.

3.1 Läkemedelsförmånens (högkostnadsskyddets) utformning

Läkemedelsförmånen regleras enligt lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. där 0,05 prisbasbelopp anges som kostnadstak. Högkostnadsskyddet är utformat som en trappa (trappstegsfunktion) med olika rabattsatser för patienten vid olika totala utgiftsbelopp under ett år.

Över ett visst sammanlagt utgiftsbelopp, f.n. 5 522 kr, begränsas patientens utgifter av högkostnadsskyddet och utgiften blir noll därutöver, inom ett år från första inköpet. Detta motsvarar enligt trappan en nettoutgift på 2 250 kr för patienten över året från första inköpet. Dessa 2250 kr är det så kallade kostnadstaket för patienten år 2018.

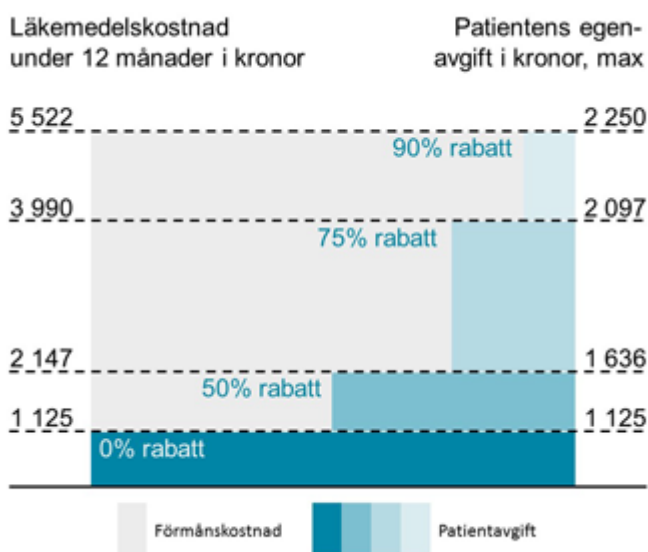
Enligt lagen om läkemedelsförmåner m.m. (2002:160), 5 § gäller följande kostnadsreduktioner för en förmånsberättigad, och endast för den del av den sammanlagda kostnaden som överstiger 0,5 gånger patientens kostnadstak:

1. 50 procent av den del som överstiger 0,5 gånger men inte 0,954 gånger kostnadstaket [mellan 1125 och 2147 kr år 2018],
2. 75 procent av den del som överstiger 0,954 gånger men inte 1,773 gånger kostnadstaket [mellan 2147 och 3990 kr år 2018], och
3. 90 procent av den del som överstiger 1,773 gånger men inte 2,454 gånger kostnadstaket [mellan 3990 och 5522 kr år 2018].

Överskjutande utgift, över 2,454 gånger kostnadstaket [dvs över 5522 kr år 2018], är helt eliminerad genom att den till 100 procent täcks av förmånen.

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) svarar för läkemedelsförmånens tillämpning såsom vilka läkemedel som ska ingå.

Hur lagregeln ovan fungerar illustreras på TLV:s hemsida enligt följande bild (2018 års belopp):



Källa: TLV

3.2 Konstanthållande av patientens position i trappan

Det faktiska pris patienten betalar beror alltså på patientens position i högkostnadstrappan vid givet köptillfälle. Delindex för receptbelagda läkemedel återfinns på lägsta indexaggregeringsnivå och här används ett fastkorgsindex där varuvikterna avser föregående år. En fråga är dock om patientens position i högkostnadstrappan också bör hållas fast inom den årsvisa indexlänken.

I HIKP:s förordning (EC) No 2166/1999 av den 8 Oktober 1999, om hantering av produkter inom hälso-, utbildnings- och sjukvårdssektorn, närmare bestämt artikel 4, punkt 1, anges följande:

1. The HICP sub-indices concerned shall be calculated using a formula which is consistent with the Laspeyres-type formula used for other sub-indices. They should reflect the price change on the basis of the changed expenditure of maintaining the consumption pattern of households and the composition of the consumer population in the base or reference period.

Både konsumtionsmönstret och befolkningens sammansättning bör alltså hållas konstant och formeln ska vara i enlighet med ett index av Laspeyres-typ på delindexnivå, vilket för läkemedel är COICOP ”06.1.1.0 Pharmaceutical products”.

Under delindexnivå och inom elementär-aggregatet för receptbelagda läkemedel används i svenska KPI/HIKP ett geometriskt Young-index. En mindre skillnad föreligger gentemot ett geometriskt Laspeyres-index såtillvida att den period som vikterna avser (viktbasperiod), b , inte är identiskt med den period som baspriset avser (prisbasperiod), 0 .

Formeln visar ett geometriskt Young-index (GY), vilket innebär att vikten v_i^b hålls fast inom den årsvisa indexlänken.

$$P_{GY}^{0:t} = \prod \left[\frac{p_k^t}{p_k^0} \right]^{v_k^b} = \frac{\prod [p_k^t]^{v_k^b}}{\prod [p_k^0]^{v_k^b}}, \sum v_k^b = 1$$

När det gäller läkemedel inom förmånen beror priserna p_k^t och p_k^0 dock även på högkostnadsskyddet. Detta beror i sin tur på patientens hittillsvarande konsumtion av läkemedel inom förmånen, dvs en summering av alla patientens enskilda köp som hittills ägt rum i den innevarande 1-årsperioden.

Detta kan uttryckas som att patientens faktiska pris $p_{k,PAT}^t$ vid tidpunkt t för vara k är en funktion av apotekens listpris $p_{k,LIST}^t$ och en subventionsandel \bar{w}_k^t , plus en eventuell merkostnad $p_{k,MER}^t$ som patienten betalar om samma läkemedel finns från flera läkemedelsföretag och patienten inte väljer det billigaste alternativet:

$$p_{k,PAT}^t = p_{k,LIST}^t \times (1 - \bar{w}_k^t) + p_{k,MER}^t$$

\bar{w}_k^t bestäms av hela köpesumman c^t vid aktuellt köptillfälle och räknas fram som ett genomsnitt viktat med hur den aktuella köpesumman fördelar sig i trappans fem steg s , dvs

$$\bar{w}^t = \frac{\sum_{s=1}^5 w_s^t \times c_s^t}{\sum_{s=1}^5 c_s^t}$$

Till varje steg i trappan hänför sig en del, c_s^t , av den aktuella köpesumman $\sum_{s=1}^5 c_s^t$, vilket utgör en vikt.

I vilket steg c_s^t hamnar beror på den hittillsvarande läkemedelskostnaden under innevarande 1-årsperiod. Om patienten inom 1-årsperioden t.ex. redan köpt receptbelagda läkemedel för mer än 5122 kr och nu gör ett ytterligare köp på 50 kr ($c_s^t=50$), hänför sig hela beloppet på 50 kr till trappans femte steg ($w_s^t=1$) och patienten pris består enbart av eventuell merkostnad $p_{k,MER}^t$.

Vi kan i tabellen nedan se vilka värden w_s^t kan anta i trappans olika steg.

w_s^t beror alltså på den hittillsvarande totala läkemedelskostnaden C (dvs patientens + landstingets kostnad) knuten till varje patient i innevarande 1-årsperiod:

Trappsteg s	Intervall för kostnad C	Andel w_s^t
1	$0 < C < 1125$	0
2	$1125 < C < 2147$	0,5
3	$2147 < C < 3990$	0,75
4	$3990 < C < 5122$	0,9
5	$5122 < C$	1

Värt att tillägga är att starttidpunkten för varje 1-årsperiod inte är rullande, utan hålls fast till dess att 12 månader har gått, varefter en ny 1-årsperiod påbörjas.

Den hittillsvarande totala läkemedelskostnaden C för alla köptidpunkter T i innevarande 1-årsperiod är en summering av alla enskilda köpesummor c^t under perioden:

$$C = \sum_{t=1}^T c^t$$

Den enskilda köpesumman vid tidpunkt t är slutligen en produktsumma av alla köpta varor k till apotekens listpris $p_{k,LIST}^t$ och kvantiteten q_k^t .

$$c^t = \sum_{k=1}^K (p_{k,LIST}^t \times q_k^t)$$

Frågan om konstanthållande gäller alltså huruvida C ska hållas fast under året och avse basperioden (helår år-1), i likhet med de vikter som används i KPI:s indexaggregering. Å ena sidan skulle ett konstanthållande ligga i linje med formuleringen från HIKP:s förordning No 2166/1999 om att upprätthålla konsumtionsmönstret och befolkningens sammansättning så att det avser situationen i basperioden. Å andra sidan vore det i linje med ett index av Laspeyres-typ att priset i jämförelseperioden $p_{k,LIST}^t$ helt och hållet ska avse situationen i aktuell period t .

I kommissionens förordning (EC) No 1749/96 understryks vidare att:

'Prices used in the HICP shall be the purchase prices, which are the prices paid by households to purchase individual goods and services in monetary transactions'.

I någon mening skulle ett fasthållande av c medföra ett artificiellt pris längre ifrån den faktiska transaktionen. Ingreppet skulle dock kunna motiveras analogt med användningen av kvalitetsjusteringar - för att fånga den rena prisförändringen. Liknande förfarande görs redan idag för undersökningar med kundprofiler. I delundersökningen för elström konstrueras exempelvis ett pris för en villa med årsförbrukning på 5000 kWh. Om hela c skulle hållas konstant i läkemedelsundersökningen, innefattar det inte bara ett konstanthållande av kvantiteten q_k^t (motsvarande 5000 kWh), utan även av priset $p_{k,LIST}^t$.

Förmånsbeloppet påverkas alltså visserligen av patientens årliga läkemedelsutlägg (konsumtionsmönstret), men det är också en väsentlig del i beräkningen av patientens faktiska pris. Rent principiellt kan det ifrågasättas om åtminstone inte sådana patientflyttningar i högkostnadstrappan borde komma med i index som uppstår när priset i aktuell månad, $p_{k,LIST}^t$, ändras. Det skulle t.ex. kunna handla om att patent för ett originalläkemedel går ut under aktuell månad och därmed gör att en patientgrupp flyttas ett steg lägre i trappan under innevarande år.

Antag också att priset på vara k stiger, då kommer patienten hamna högre i trappan och därmed betala mindre för vara $k+1$. Inte heller detta fångas om c hålls konstant.

I den kalkylansats som föreslås nedan, görs ett konstanthållande på aggregerad nivå av patienternas position i trappan under året.

I den föreslagna mikrodataansatsen som därefter beskrivs, mäts patientens faktiskt betalade pris från månad till månad, utan att patientens position i trappan under året hålls fast.

4 Föreslagna ansatser

4.1 Kalkylansats på makronivå för att beakta högkostnadsskyddet

I den kalkylansats som redogörs för nedan är utgångspunkten att konsumentens pris på läkemedel inom förmånen kan ändras av tre skilda orsaker:

- 1) Ändring i detaljistpriset brutto före subvention. Detta sker ofta långsamt, utom för enstaka produkter när patent löper eller dylikt.
- 2) Ändring i subventionsreglerna. Detta kan ske intermittent, i regel relativt sällan.
- 3) Ändring i prisbasbeloppet. Detta sker en gång per år.

Dessa tre orsaker behöver kunna slå tillräckligt rätt på index.

Index för receptbelagda läkemedel beräknas i den föreslagna ansatsen som en sammanvägning av tre indextal:

$$I = ((1 - w)J + wK)L \quad (1)$$

där

J = prisindex före subvention för förskrivna läkemedel

K = index som följer prisbasbeloppet

L = index som visar effekter av regeländringar

w = värdeandel som enligt trappan ska följa prisbasbeloppet

Beräkning av ingående storheter

J beräknas analogt med nuvarande läkemedelsindex, dvs. som ett vägt geometriskt medelvärde av priskvoter för varor, definierade som i princip kombination av aktiv substans, dos och förpackningsstorlek. Kombinationen kan i datamaterialet identifieras med variabeln varunummer.

L kan behandlas ad hoc när det har betydelse, t.ex. ur kostnadskalkyl i regeringsproposition.

w beräknas med hjälp av en fördelning i trappan över konsumenternas inköpsbelopp. Detta kan uttryckas som att $w = \sum_{s=1}^S u_s \times w_s$, där u_s är

inköpsbeloppet för steg s i högkostnadstrappan, som en andel av de totala inköpsbeloppen för hela trappan (d.v.s. vi har $\sum_{s=1}^S u_s = 1$).

Egenskaper hos modellen

I syfte att belysa högkostnadstrappans effekt på formel (1), kan den även skrivas om till:

$$I = \sum_{s=1}^S u_s ((1 - w_s)J + w_s K) L \quad (2)$$

Nedan visas några specialfall där formeln tar sig olika uttryck:

- Om $J = K = L = 1$ (samtliga ingående indextal är oförändrade), så reduceras (2) till $I = 1$ (d.v.s. även index förblir oförändrat).
- Om $K = L = 1$ men $J = \alpha$ (ett godtyckligt tal), så reduceras (2) till $I = \alpha + (1 - \alpha) \times \sum_{s=1}^S u_s \cdot w_s$. Detta ger i sin tur exempelvis $I = 1$ (oförändrat index) om $w_s = 1$ för alla trappsteg s (d.v.s. om samtliga konsumenter uppnått det högsta trappsteget), och $I = \alpha$ om $w_s = 0$ för alla trappsteg s (d.v.s. om samtliga konsumenter är helt osubventionerade).
- Om $J = K = 1$ men $L = \beta$ (ett godtyckligt tal), så reduceras (2) till $I = \beta$.
- Om $J = L = 1$ men $K = \gamma$ (godtyckligt tal), så reduceras (2) till $I = 1 + (\gamma - 1) \times \sum_{s=1}^S u_s \cdot w_s$. Detta ger i sin tur exempelvis $I = 1$ (oförändrat index) om $w_s = 0$ för alla trappsteg s (d.v.s. om samtliga konsumenter är helt osubventionerade), och $I = \gamma$ om $w_s = 1$ för alla trappsteg s (d.v.s. om samtliga konsumenter uppnått det högsta trappsteget).

Fördelar:

- Ansatsen kan appliceras på befintligt prisdataunderlag och är därmed möjlig att implementera redan till 2019. För beräkningen behövs dock även en tabell över hur patienternas kostnader fördelar sig i högkostnadstrappan. Denna har beställts från Socialstyrelsen med beräknad leverans i November.
- Ansatsen är konceptuellt enkel eftersom den görs på aggregerad nivå och fångar upp regelförändringar i subventionssystemet
- Patientens position i trappan hålls oförändrad under indexlänken för innevarande år (om detta bedöms som önskvärt). Detta medför att förflyttningar mellan olika steg i trappan som kommer av att befolkningens sammansättning ändras (t.ex. om allt fler blir äldre) inte påverkar, vilket är i enlighet med HIKP:s förordning.

Nackdelar

- I vissa fall kan det vara önskvärt att förflyttningar mellan olika trappsteg påverkar index, t.ex. sådana som kommer av att priset på läkemedel ändras under innevarande år. Modellen antar att w_s är fast under året och alltså oberoende av J .

- Index J som ska spegla prisförändringar på läkemedel under maxutgiften 2250 kr, räknas på apotekens listpriser. Det går inte att med nuvarande dataunderlag förse respektive läkemedel med korrekta varuvikter som speglar patientens konsumtion. Istället blir det vikter som baseras på apotekens försäljningsvärde, utan hänsyn till subventionen. Dock går det att schablonmässigt exkludera produkter där priset per förpackning överstiger 5522 kr. Sådillvida blir index J vid användning av befintlig data en approximation. Om denna kalkylansats bedöms som bästa förslaget, skulle prisenheten ändå kunna köpa tillgång e-Hälsomyndighetens databas *Concise* och bättre kunna skatta J , men det skulle kräva mer utredning och kan inte implementeras redan till 2019.

4.2 Mikrodataansats för att beakta högkostnadsskyddet

I alternativet med en mikrodataansats beräknas index för receptbelagda läkemedel som ett index för transaktionsbeloppen per vara, netto efter avdrag av subventionsbeloppen. Detta är i princip möjligt genom att använda e-Hälsomyndighetens databas *Concise*.

eHälsomyndigheten beskriver i en mejlväxling med SCB den transaktionsdata som finns i *Concise* så här:

AUP, apotekens utförsäljningspris är den totala kostnaden för läkemedlet som sålts. AUP kan delas in i kostnadskomponenterna förmån, egenavgift och merkostnad. Egenavgift är det belopp som patienten betalat för varan inom läkemedelsförmånen. Förmån är det belopp exklusive moms som landstinget betalar för varor inom läkemedelsförmånen. Merkostnad är den del av kostnad exklusive moms som betalas av kunden om kunden motsätter sig ett byte inom förmånen.

Index skulle sedan kunna räknas direkt på patientens faktiska priser varje månad (inklusive eventuell merkostnad om patienten inte väljer det billigaste läkemedelsutbytet), utan ett konstanthållande av hur patienternas läkemedelskostnader fördelar sig i trappan på aggregerad nivå under hela året.

Om patienten köper/hämtar ut flera läkemedel vid samma tillfälle (på samma kvitto), är det hela köpesumman som avgör vilken nivå i högkostnadstrappan som bestämmer förmånsandelen. Enskilda varors ordning på kvittot och prisstorlek är inte relevant för beräkningen av patientens pris.

Ett exempel - antag ett köp som är patientens första inom 1-årsperioden (ej utnyttjat något av läkemedelsförmånen). Patienten hämtar då ut 3 varor samtidigt:

Vara 1: apotekets utpris är 50 kr	
Vara 2: apotekets utpris är 30 kr	
Vara 3: apotekets utpris är 5500 kr	
Totalt belopp:	5580 kr

Antag också att beloppen för högkostnadstrappan för 2018 gäller.

Patientens pris blir för hela köpet

$$1125 \text{ kr} + (2147 \text{ kr} - 1125 \text{ kr}) * (1 - 0,5) + (3990 \text{ kr} - 2147 \text{ kr}) * (1 - 0,75) + (5522 \text{ kr} - 3990 \text{ kr}) * (1 - 0,9) \approx 2250 \text{ kr}$$

Förmånen utgör 3330 kr och som en andel i totalkostnaden 5580 kr blir detta närmare 60 procent. Vid uträkning av patientens pris per vara appliceras den genomsnittliga andelen för hela köpet på alla varor.

Fördelar:

- Effekter av regeländringar och ändringar i prisbasbeloppet återspeglas automatiskt i index
- Effekten av att en konsument förflyttar sig i trappan till följd av rena prisändringar kommer per automatik med.
- I ansatsen räknas index på det pris patienten faktiskt betalar varje månad, vilket är konceptuellt tydligt och lätt att förklara för användarna.

Nackdelar:

- Index kan variera även om ingen av de tre prisbestämmande faktorerna som räknades upp under avsnitt 4.1 har ändrats, till följd av att olika konsumenter köper läkemedlet olika månader. Även befolkningsförändringar skulle påverka index, vilket enligt HIKP:s förordning inte ska synas i index.
- Data avseende aktuell månad kommer in i Concise-systemet fyra arbetsdagar efter månadens utgång. Detta får betraktas som en praktisk nackdel, eftersom den slutliga beräkningen av KPI då vissa månader skulle behöva ske senare än vad det vanligen gör idag.
- Att börja använda transaktionsdata från Concise som huvudsaklig källa skulle dock kräva ytterligare utredningsjobb när det gäller beräkningsmetod och en mikrodataansats bedöms därför vara möjlig att implementera i officiella KPI först 2020.

4.3 Ytterligare förutsättningar

- Utöver högkostnadsskyddet gäller ytterligare förutsättningar som av praktiska väsentlighetsskäl får bortses från för KPI. För statligt anställda ges en kompensation för läkemedelsutgifter, alltså en riktad förmån utanför högkostnadsskyddet.
- Användning av Concise skulle innebära vissa möjligheter att förbättra prismätning av receptfria läkemedel. I dagsläget finns en mixproblematik när det gäller receptfria produkter sålda i apotek, då försäljningsstället inte konstanthålls. Concise möjliggör en ökad kontroll över försäljningsställen (t.ex. den ökade försäljningen online där prisnivån är lägre, jämfört med traditionella apotek), då variabler finns för detta. För receptbelagda läkemedel inom förmånen (motsvarande ca 83 % av konsumtionsbeloppet för receptbelagda läkemedel, som används i 2018 års indexlänk) är detta ett mindre problem, då priserna sätts av TLV och därmed är samma oavsett försäljningsställe. För receptbelagda läkemedel utanför förmånen (ca 17% av konsumtionsbeloppet) finns dock detta problem kvar. I en prisjämförelse i

SOU 2017:76 ("Enhetliga priser på receptbelagda läkemedel") uppskattas den genomsnittliga prisspridning till 13% och som mest 35 % mellan olika apotek på receptbelagda läkemedel utanför förmånen. Förslaget i SOU 2017:76 innebär dock ändrade regler så att prisspridningen ska minska från 1 juli 2019.

5 Diskussion och förslag

Prisenheten avser beräkna index för receptbelagda läkemedel med en korrigerad metod för att följa konsumentens kostnad efter avdrag för läkemedelsförmånen. Två förslag ges i detta pm, en kalkylansats på makronivå och en ren mikrodataansats, vilka var för sig är behäftade med för- och nackdelar. Implementering av kalkylansatsen på makronivå skulle kunna ske från undersökningsår 2019, medan en mikrodataansats kräver mer utredning och därför bedöms kunna implementeras först från 2020. Nämnden inbjuds att diskutera och ge synpunkter på dessa förslag.