

Socialdepartementet
Diarienummer S2018/03762/FSs.remissvar@regeringskansliet.se
s.fs@regeringskansliet.se.**Remissvar slutbetänkande Översyn av maskinell dos, extempore, provningsläkemedel m.m. (SOU 2018:53)****Pris- och ersättningsmodeller för dosdispenserade läkemedel (Utredningens förslag, avsnitt 4.11)**

Vad avser prissättnings- och ersättningsmodeller för dosdispenserade läkemedel formulerar utredningen fyra modeller, varav två primärt handlar om en upphandlad tjänst (modell A och B) och två som innebär en handelsmarginalmodell med lite olika inriktningar (modell C och D).

Vi belyser först viktiga aspekter kring varför en översyn av dagens pris- och ersättningsmodell behövs för att sedan dra upp de utgångspunkter som vi ser är viktiga för en utvecklad prismodell. Därefter jämför vi dessa utgångspunkter med utredningens förslag för att slutligen landa i vår egen bedömning av förslagen. Sammanfattningsvis ser Apoteket inte att den föreslagna Modell A uppfyller de krav som bör ställas på en ny prismodell.

Dagens pris- och ersättningsmodell leder till fördyringar för patienten

Dagens pris- och ersättningsmodell är främst anpassad för öppenvårdsapotek och expedition av hela förpackningar. Den avgörande skillnaden mellan öppenvårdsapotek och dosapotek är att för dosdispensering krävs att de förpackningar som används har brytningstillstånd för dos. Det är många gånger också rationellt att använda mycket större förpackningar i dosmaskinerna (300 – 1000 tabletter) än vad som vanligtvis expedieras på ett öppenvårdsapotek till en kund (vanligtvis 100 tabletter) samt tabletter förpackade i burk snarare än i blisterförpackning.

Läkemedlen för en dospatient är dyrare än för en genomsnittlig vanlig receptkund med samma medicinering. Merkostnaden är i genomsnittet 100 kr per månad. Till stor del beror detta på att många av de förpackningar som används inom dos (dvs. har brytningstillstånd) är dyrare per tablett än en genomsnittlig förpackning för en öppenvårdspatient med recept. Fördyringen ligger oftast i ett dyrare inköpspris.

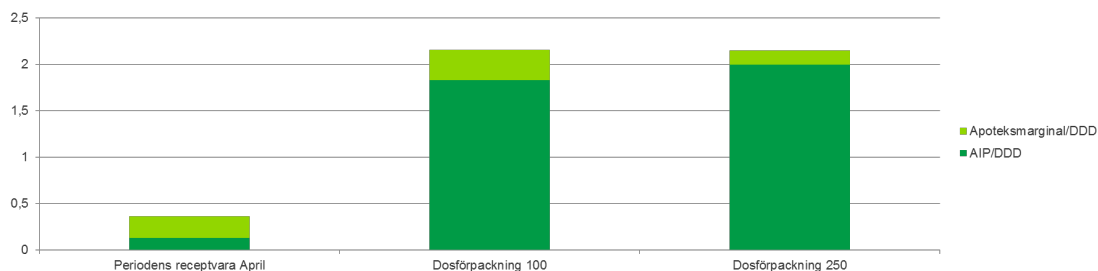


Bild 1 – de produkter som kan användas för dosdispensering (i exemplet har 2 förpackningar brytillstånd – 100 st och 250 st) är i vissa fall avsevärt mycket dyrare än de som säljs på recept (här exemplifierat med periodens vara i storleken 100 st). Fördyringen beror ofta på dyrare inköpspris.

Det förekommer, å andra sidan, att de läkemedel som är bäst anpassade för dosdispensering är billigare per tablett än de som genomsnittligt används för vanliga receptkunder. I dessa fall ger de billigare och mer ändamålsenliga förpackningarna en lägre marginal än de förpackningar som normalt säljs till vanliga receptkunder. Vissa dosaktörer kompenserar sig för detta genom att inte använda de största dosförpackningarna utan istället använda förpackningar i samma förpackningsstorlek som är vanliga för receptkunder. Detta förfarande gör att en besparingspotential utblir.

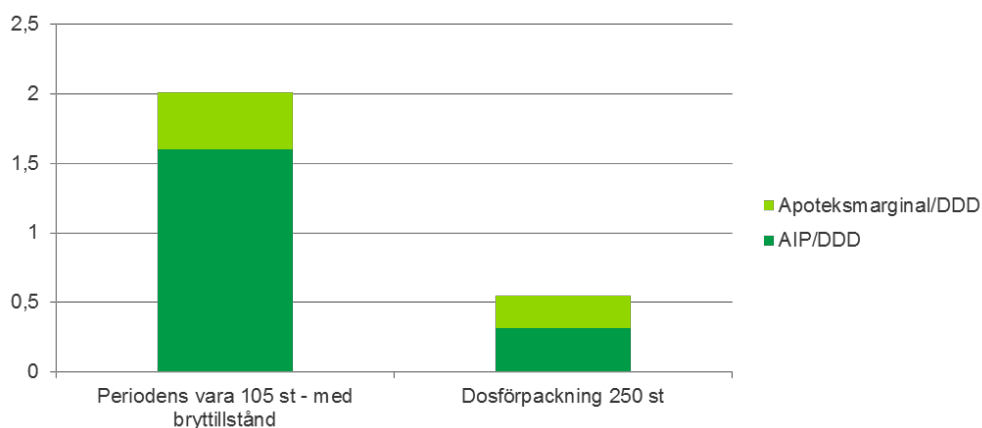


Bild 2 – Genom att välja samma förpackningsstorlek som på recept (105 st) får dosapoteket samma marginal per tablett som gäller för receptexpedition. Priset för doskunden är också det samma som för receptkunden. Väljer dosapoteket den större förpackningen (250 st) istället uppstår en besparing jämfört med receptkunden – men också en klart lägre marginal för dosapoteket.

Dagens doskunder skiljer sig också mot dagens receptkunder i vilka läkemedel de använder och vilken dosering de har vilket också påverkar pris och ersättningsnivå till dosapoteken.

Utgångspunkter för en utvecklad pris- och ersättningsmodell

Apoteket anser att en ersättningsmodell för dos ska:

- möjliggöra att alla som har behov av dos ska kunna få ta del av tjänsten – som upphandlad eller egenfinansierad tjänst
- ge likvärdig kostnad för läkemedel mellan recept och dos
- ge likvärdig kostnad för läkemedel oavsett bostadsort
- Innebära samma service, säkerhet och rådgivning för förbättrad läkemedelsbehandling oavsett bostadsort
- stimulera till en utveckling av tjänsten

- innebära en kostnadskontroll i alla led; och
- vara stabil och hållbar över tid.

Upphandlingsmodeller (A och B)

Upphandlingsmodellernas styrka är att de tydliggör vad dostjänsten omfattar. Det blir då också upp till varje landsting att ange vad de förväntar sig av en leverantör. En upphandlingsmodell innebär också att priset kan sänkas utifrån en konkurrenssituation med flera budgivare. En upphandlingsmodell innebär samtidigt att det blir en större skillnad mellan dos och ett vanligt recept. Priset för både läkemedlet och tillkommande tjänster kan skilja sig åt mellan dos och ett vanligt recept och det kan också skilja sig mellan olika upphandlingar. Även vilken service, t.ex. kring rådgivning, som ingår kan skilja sig åt beroende på vilka kriterier som ställs i olika upphandlingar och kan också komma att skilja sig åt mellan dos och recept. Det finns också en risk att vissa läkemedel inte omfattas av upphandlingen och därmed inte kan tillhandahållas till patienten som har dosdispenserade läkemedel. Upphandling av dostjänsten, sådan som den sett ut hittills, har inte bidragit till en utveckling av tjänsten.

Den av utredningen föreslagna modell A är en variant av en upphandlingsmodell som försöker hantera vissa av de problem som en upphandlingsmodell innebär. Bl.a. så hanteras läkemedelspriset genom att TLV:s fastställda priser ska användas. Det innebär samtidigt att den prisreglerande funktionen som en upphandling skulle kunna bidra med kringskärs.

Modell A innehåller endast ett prisreglerande steg – mot dosapoteken – och inget som tar sikte på prispress hos leverantörerna och en stor del av skillnaden i pris mot receptkunderna beror på högre inköpspriser (AIP). Beroende på hur modellen utformas i praktisk tillämpning öppnas istället för möjligheten att enskilda landsting kan prisförhandla på de läkemedel som används och få ersättning i rabattavtal vilket inte sänker priset för patienten. Istället för en bedömning om vilka läkemedel som en patient ska ha utifrån dennes sjukdom kan ekonomiska övervägande avgöra vilket läkemedel som ska användas eller om patienten ska få dos eller inte.

Modellen innebär också generellt att det blir en stor skillnad mellan recept och dos i vilken kostnad som patienten ska betala och den kan också bli olika mellan landsting. De föreslagna betalningsmodellerna är också mycket komplicerade (se särskilt avsnitt nedan).

Idag kan dospatienter även få vissa läkemedel (som inte är i dospåsar) från ett öppenvårdsapotek men en upphandlingsmodell – oavsett om det handlar om modell A eller B – riskerar att begränsa detta. En begränsning är just betalflödena som i en upphandlingsmodell innebär att patienten betalar till landstinget och dosaktören som sedan måste betala andra öppenvårdsapotek för expedition av läkemedel utanför dosen.

Upphandlingsmodellerna är också svåra att kombinera med egenfinansierad dos.

Handelsmarginalsmodeller (C och D)

Båda de modeller som bygger på en handelsmarginal tar utgångspunkt i de problem som finns med dagens modell när den används för dos. Modell D är en mindre anpassning av dagens system medan modell C är en mycket större förändring.

I modell D är utgångspunkten att den sämre följsamheten till billigaste läkemedel inom periodens vara systemet som gäller för dos leder till högre priser på läkemedel. Till viss del är detta sant då det inom vissa läkemedelsgrupper är stor skillnad i priset per tablett, det kan variera kraftigt mellan det som är det billigaste läkemedlet som expedieras på recept och det som expedieras inom dos. Det beror många gånger på

begränsningar i antal läkemedel som har brytningstillstånd för dos vilket gör att andelen läkemedel att byta till är lägre. Färre alternativ – och ett färre antal faktiska byten – gör att prispressen uteblir idag. Ett system som stimulerade fler byten till det läkemedel som har lägsta pris skulle högst sannolikt bidra till en större prispress på läkemedel.

En utmaning med dosdispenserade läkemedel är att det finns begränsningar i vilka läkemedel som kan vara med och konkurrera. En förutsättning är att det finns ett brytillstånd för dos men det kan också vara så att vissa tabletter ändå inte kan användas i maskinerna. Det är också i det här avseendet en stor skillnad om ett läkemedel finns i en burk jämfört med en blisterförpackning. Slutligen bör man också ha med sig att marginalkonstruktionen inte alltid premierar byte till den billigaste tabletten i dos utan snarare tvärtom kan minska ersättningen till dosapoteken. Sammantaget ger detta mindre möjligheter för dosaktörerna att följa en sådan lista vilket gör att konkurrensen mellan leverantörer inte blir så stor och prispressen uteblir i leverantörsledet.

I modell C finns komponenter som gör att vissa av hindren för att få till ett utbyte bland konkurrerande leverantörer minskas. Genom att införa större frihetsgrader för dosaktörerna, så länge man håller sig under ett takpris, öppnar man för att dosaktörer i större utsträckning kan välja den förpackning som är bäst anpassad för sin egen verksamhet. En prisreglering som också tar sin utgångspunkt i läkemedelskostnaden för recept gör att skillnaderna mellan recept och dos minskar och förhoppningsvis uteblir helt. Modellen sätter också ett tydligare tak för vad läkemedelsleverantörer, som är ensamma om att ha brytningstillstånd i en grupp, kan ta ut för pris och på så sätt mer direkt påverka priset än vad utbytessystemet kan göra.

Särskilt om de föreslagna betalningsflödena i Modell A

I modell A föreslår utredningen ett antal olika betalningsflöden för att komma förbi det faktum att en helt upphandlad tjänst inte kan hanteras inom samma förmånssystem som receptläkemedel. Utredningen föreslår både två olika förenklade flöden och ett fullständigt.

I det första förenklade flödet betalar kunden endast AIP. Detta är en enkel modell men innebär att doskunder kommer att betala mindre för samma läkemedel än för receptkunder. Även om många kunder når taket i högkostnadsskyddet innebär det för vissa kunder ett lägre pris. En fördel med detta alternativ är att det går att kombinera med egenfinansierad dos.

I det andra förenklade flödet betalar kunden fullt högkostnadsskydd oavsett läkemedelskostnaden. Omvänt mot det förstnämnda förslaget så kommer då kunder som inte når taket i högkostnadsskyddet idag få betala mer för samma läkemedel. Modellen är svår att kombinera med egenfinansierad dos då en högre kostnad för läkemedel gör en sådan tjänst mindre attraktiv.

I det fullständiga förfarandet betalar patienten på samma sätt som idag. Skillnaden är att mellanskillnaden mellan AIP och AUP tillfaller landstinget. För en kund som når högkostnadsskyddets tak betyder det att kunden betalar 412,50 kronor till landstinget. Samma sak inträffar även i det förenklade förfarandet där kunden betalar fullt högkostnadsskydd. Det finns en oklarhet i vad som händer med denna mellanskillnad när det handlar om egenfinansierad dos – tillfaller den landstinget eller dosapoteket?

Det är också troligt att utredningen avser att dosdispenserade läkemedel ska hanteras med ovan beskrivna modeller medan hela förpackningar skulle följa dagens modell. En utmaning är att det kan uppstå tillfällen då det är mer fördelaktigt för dosaktören att expediera en hel förpackning med en marginal än att dosdispensera läkemedel. Det kan göra att mängden dosdispenserade läkemedel minskar eller att konstruktionen på

dospengen i upphandlingarna kommer att se annorlunda ut mot dagens enkla pris per dygn och kund. Risken är dospengen inte blir så transparent och enkel som utredningen eftersträvar.

En handelsmarginalmodell är den bästa lösningen för dos

Både modell C och D har sina fördelar och begränsningar. Det står dock klart att en handelsmarginalmodell är det som ger bäst priskontroll och en jämlikhet mellan recept och dos samt mellan olika delar av landet.

En handelsmarginalmodell ger också bäst förutsättningar för egenfinansierad dos. Egenfinansierad dos ger större möjligheter att driva innovation och utveckling av dostjänsten än om tjänsten enbart skulle vara upphandlad då betalningsviljan hos kunden är direkt kopplad till det värde som levereras.

I en handelsmarginalmodell finns också större möjligheter för nationella myndigheter att styra utvecklingen av läkemedelspriserna samt utöva tillsyn över samtliga parter i denna kedja.

En annan fördel med en handelsmarginalmodell är att risker förknippade med inköp (dvs. lagerhållning, kassationskostnader, värdeförändringar) hanteras i relation till inköpsvärdet istället som en komponent i en dospeng. Eftersom dospengen är föremål för upphandling uppstår det därmed en risk att priset på denna blir så lågt att dosaktörerna har svårt att hantera situationer där större händelser inträffar vilket kan påverka innehåll och kvalitet i tjänsten.

En handelsmarginalmodell innebär också att dos fortsätter att vara en öppenvårdstjänst och inte blir en slutenvårdstjänst vilket båda modellerna A och B leder till i mer eller mindre omfattning. En slutenvårdstjänst innebär begränsningar i vilka läkemedel man kan få och på vilket sätt man kan få dem.

Betalningsflödena i modell A innebär att patienten betalar en avgift till landstinget för dostjänsten som går utöver landstingets kostnader för läkemedel.

Det bästa ur modell C och D bör därför kombineras i det fortsatta arbetet för att skapa en handelsmarginalmodell för dos som är långsiktigt hållbar, sänker läkemedelspriserna och ger fler patienter möjlighet till att få dosdispenserade läkemedel.

Egenfinansierad dos (utredningens förslag, avsnitt 4.7)

Svensk vård står inför stora utmaningar. Den nya tekniken skapar både möjligheter och utmaningar och vi ser att apotek kan spela en större roll i att hjälpa människor med läkemedel och hälsa som en del i vårdkedjan.

Vissa förändringar tar tid, medan andra kan gå snabbare att införa om viljan finns. Ett exempel på en sådan förändring är att införa möjligheten för privatpersoner att köpa dosdispenserade läkemedel det som utredningen benämner Egenfinansierad dos.

Dosdispenserade läkemedel har många fördelar. Det kanske allra viktigaste är ett det hjälper människor som har problem med sin följsamhet, det vill säga att de inte använder läkemedlen på det sätt som ordinerats och därmed inte får bästa effekt av sin behandling. Orsaken kan exempelvis vara glömska, sammanblandning eller förvirring kring generikautbyten. Följsamhetsproblemen i läkemedelsbehandlingar är stora och

väldokumenterade. De orsakar stora kostnader för samhället och onödigt lidande för patienter.

Apoteket har varit med och utvecklat tekniken för dosdispenserade läkemedel och erbjuder tjänsten under namnet Apodos. Sedan införandet 1986 har antalet som får tillgång till tjänsten inte ökat i förhållande till behovet och idag är ca 200 000 patienter anslutna. Snittåldern på användaren är för Apotekets användare 87 år. Detta ska ställas i relation till att vi idag har ca 4 miljoner personer som lever med kroniska sjukdomar i Sverige. Kroniska sjukdomar utgör numera den tyngsta sjukdomsöranden i världen. Världshälsoorganisationen (WHO) förutspår dessutom att antalet personer med kroniska sjukdomar kommer att öka markant i framtiden. Omkring 40 procent av befolkningen i Europa äldre än 15 år, har minst en sådan sjukdom och vid 65 års ålder har två av tre personer minst två kroniska sjukdomar. Sverige är inget undantag. Även här lever allt fler med sådana sjukdomar under allt längre tid.¹

Vi vet att det finns en stor följsamhetsproblematik bland betydligt fler människor än de som idag får tillgång till sina läkemedel genom dos. Många fler har flera olika läkemedel och skulle ha nytta av det stöd för behandlingen som Apodos och andra system för dosdispenserade läkemedel innebär. Problemen finns även bland yngre människor och studier visar att följsamhetsproblemen till och med är större i den gruppen.

Apodos innebär fördelar inte bara för patienterna. Tjänsten underlättar för sjuksköterskor och andra som hanterar äldres läkemedel inom vården och inom äldreomsorgen. De slipper bland annat att sortera läkemedel i dosetter, fundera över när de olika läkemedlen ska tas och kan istället ägna sig åt omvårdnad av patienterna. Tjänsten innebär även en trygghet för anhöriga eftersom den minskar risken för felmedicinering eller utebliven medicinering. Dosdispenserade läkemedel har dessutom positiva effekter miljömässigt. Läkemedelsverket har kartlagt den totala mängden läkemedel som kasserades i Sverige 2011. Då samlade apoteken in 800 ton läkemedel av totalt 1 500 ton. Cirka 250 ton läkemedel uppskattades att allmänheten lagt i hushållsavfallet eller gjort sig av med på annat sätt. Enligt Läkemedelsverket sker inom Sverige utsläpp av rester från läkemedel främst efter att produkterna har använts. Att minska mängden läkemedel som kasseras samt att det som kasseras hanteras på ett säkert och miljömedvetet sätt är fördelaktigt både för miljön och för samhällsekonomin.² Genom att använda Apodos får patienten läkemedel för ett begränsat antal veckor och anpassat till den avsedda behandlingens längd vilket minskar risken för överblivna läkemedel och därmed onödig kassation.

Den nya doskunden

Vi på Apoteket möter årligen 14 miljoner receptkunder på våra öppenvårdsapotek, i telefon och digitalt. Många av dessa tar läkemedel dagligen och att det finns oro kring att man tar sina läkemedel på rätt sätt är inte ovanligt. Landstingen har ofta, som grund för sin upphandling av dos, en definition för hur doskunden ser ut, exempel på hur dessa definitioner ser ut är:

För att läkaren ska kunna sätta in dosexpedition ska tjänsten bedömas leda till ökad säkerhet och/eller ökad självständighet för patienten och att samtliga nedanstående tre kriterier ska vara uppfyllda:

- Patienten behöver stöd med sin läkemedelshantering
- Andra stöd att klara läkemedelshantering har prövats/övervägts
- Medicineringen är stabil

¹ <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19930/2015-12-1.pdf>

² <https://lakemedelsverket.se/upload/om-lakemedelsverket/rapporter/Ytterligare-atgarder-som-kan-vidtas-pa-nationell-niva-for-att-minska-kassationen-av-lakemedel-och-begransa-miljopaverkan-2012.pdf>

De kunder vi ser skulle vara målgrupp för egenfinansierad dos är en annan grupp. Det är de som idag själva är ansvariga för sin medicinering och själva tar ut sina läkemedel på apotek eller beställer på nätet. En av apotekens huvuduppgifter är att vid expedieringen ge individuellt anpassad rådgivning till kunder och förvissa sig om att kunden vet hur hen ska använda sitt läkemedel på rätt sätt. Väl hemma är dessa kunder ensamma i sin strävan att göra rätt. Den nya doskunden kan vara en äldre person som bor hemma och inte i övrigt är i behov av stor omsorg. Det kan vara en yngre person med ett aktivt liv som vet att hen är beroende av sin medicin för att fungera men upplever svårigheter med inrutade rutiner för medicinering i en i övrigt aktivt och spontan vardag. Det kan också vara en person som är ung eller gammal, som inte känner sig sjuk men som varje dag blir påmind om sin sjukdom genom att behöva hantera och dela sina läkemedel. Det kan vara ett barn som behöver hjälp av föräldrar eller vårdnadshavare för att ta sin medicin rätt. Dessa rutiner kan vara svåra att få till i hemmet och kanske ännu svårare att få till när barnet har blivit ungdom och själv ska ta ansvar. Vi har i möten och intervjuer med de här grupperna mött stor oro och frustration över att vet att man riskerar att göra fel. De här grupperna får idag inte ta del av den landstingsupphandlade dosen med anledning av de snäva riktlinjer som landstingen satt upp. Vi upplever en ovilja hos landstingen att se och ta in dessa nya grupper i dosupphandlingen. Och kanske är det rätt att de inte ska ingå i den upphandlade dosgruppen. Vi anser dock att vi som apotek ska kunna hjälpa dessa människor att få tillgång till dos om de önskar det. De bör kunna bestämma själva om de vill ha sin medicin förpackad i dospåse istället för i originalförpackning.

Vi genomför nu en pilot med egenfinansierad dos och har då mött tveksamhet och frågor,, ofta från sjukvården. En av de frågor som kommer upp är ansvarsfrågan: vem tar ansvar för att dessa personer tar sina läkemedel på rätt sätt? Svaret är att den nya gruppen vi vill vända oss till är idag själva ansvariga för sin medicinering. Dosdispenserade läkemedel är ett sätt att erbjuda dem en bättre och säkrare läkemedelsbehandling. Den grupp landstingen ser att de behöver ta ansvar för ska de naturligtvis fortsätta att upphandla tjänsten till.

Vi instämmer med utredningen när de skriver att egenfinansierad dos bör bli aktuell för patienter som inte behöver dosdispenserade läkemedel av medicinska skäl men av andra skäl önskar att få tjänsten. Utredningen skriver att egenfinansierad dos kan finnas parallellt med att landstingen gör upphandling till de grupper som behöver tjänsten av medicinska skäl Vi ser också att det skulle fungera på det sättet. Om dosdispensering kan bidra till förbättrad läkemedelsanvändning och ökad livskvalitet, varför skulle vi inte erbjuda det?

I vår pilot har vi sett att betalningsviljan finns. Om det innebär att dessa kunder/patienter får ett enklare liv utan att behöva sortera och hantera och fundera över sina läkemedel i samma utsträckning som tidigare, så är det för många patienter värt mycket. De får tid över till annat de vill göra och de slipper den ständiga påminnelsen om att de är sjuka.

Ge farmaceut rätt att ta emot samtycke

Redan i dagsläget får farmaceuter bedöma om det är möjligt att dispensera doser och dela läkemedel. Enligt utredningen kan en farmaceut också bedöma om patientens läkemedelsanvändning är lämplig för maskinell dosdispensering. Utredningen öppnar därmed upp för en möjlighet att dossamtycke inte måste avges till förskrivaren utan lika gärna kan inhämtas av farmaceut.

Regelverket är idag utformat utifrån att dos är ett förskrivnings sätt. I Läkemedelsverkets föreskrifter Kap 4 3 § (HLSF 2016-FS 2016:34) står: "Recept till patient med dosdispenserade läkemedel ska utfärdas i elektroniskt systemstöd avsett för detta. Om förskrivning i sådant särskilt systemstöd inte är möjlig ska förskrivningen

göras på annat tillämpligt sätt i enlighet med vad som i övrigt anges i dessa föreskrifter. Det ska framgå av receptet om läkemedlet ska dosdispenseras.” Enligt föreskrifterna ska alltså alla recept till doskund förskrivas i Pascal och om det undantagsvis skrivs på exempelvis pappersrecept så måste det läggas in elektroniskt samt anges på receptet att det ska dosdispenseras.

För att på bästa sätt uppnå utredningens intentioner att öka egenfinansierad dos anser Apoteket att dos istället ska anses vara ett expeditionssätt. Det innebär att ett vanligt e-recept bör kunna vara underlag för dosdispensering. Detta medges inte utifrån föreskrifterna ovan.

En stor fördel med dos är att det möjliggör en samlad bedömning av patientens samtliga recept. Kap 8 7 § i Läkemedelsverkets föreskrifter: ”För patient med dosdispenserade läkemedel ska expedierande farmaceut kontrollera receptet mot patientens samtliga recept i elektronisk form. Om receptet inte är ett elektroniskt recept ska farmaceuten föra över receptuppgifterna från receptblanketten till elektronisk form på sätt som anges i 7 kap. 4 § första stycket innan expedition får ske.” Vi tycker att en helhetsbedömning av kundens alla recept är en styrka med dosdispenserade läkemedel och något som både förskrivare och farmaceut, men framförallt kunden har stor vinning av. Helhetsbedömningen är något vi tror behöver finnas kvar för att kvaliteten och vinsterna för kunden ska kunna bibehållas. Det är också en styrka att ansvarig läkare kan se hela patientens läkemedelsbehandling, vilket idag kan göras via Pascal.

För att uppnå en ändring från förskrivningsätt till ett expeditionssätt med bibehållna fördelar krävs författningsändringar. Den första är att det inte ska krävas att receptet utfärdas i Pascal. Den andra är att när en kund ansluts till en dostjänst – egenfinansierad eller upphandlad – ska detta synliggöras hos eHälsomyndigheten och vara möjligt för samtliga apotek att ta del av. Dessutom ska den anslutningen – det som idag benämns Dossamtycke – kunna göras både av ansvarig hälso- och sjukvårdspersonal och farmaceut. Slutligen bör läkaren kunna ta del av hela patientens hela läkemedelsbehandling. Det sista kravet är något som kommer att realiseras i och med införandet av den nationella läkemedelslistan.

Bedömningar kopplat till kontinuitet och beredskap (utredningens avsnitt 4.13)

Utredningen konstaterar i avsnitt 4.13 att den generella förmågan att hantera störningar i läkemedelsförsörjningen behöver stärkas. Men skriver också att ambitionen för kontinuitetsplanering behöver höjas och att det gäller dosdispenserade läkemedel i synnerhet. Exempel på situationer när en kontinuitetsplan behövs är exempelvis vid brand eller IT-haveri i en produktions-anläggning för dosförpackade läkemedel. Är händelsen av den allvarlighetsgraden att produktionen avbryts och inte kan förväntas återupptas inom två dygn kommer patienternas läkemedelsbehandling successivt att avbrytas. Efter ca tre dagar blir de första personerna utan sina dospåsar och efter ca 18 dagar saknar samtliga personer behandling med sina dosförpackade läkemedel. Utredningen bedömer att det finns två alternativa vägar att gå vid en sådan händelse. Den ena är att flytta produktionen till annan dosproducent och den andra är att överföra de läkemedel som dospackas till originalförpackning. Utredningen tar sedan upp ett antal svårigheter med båda alternativen och Apoteket delar synen på samtliga av dessa svårigheter. Svårigheterna är främst kopplade till att de kräver översyn, många gånger på patientnivå, vilket tar tid och kvalificerade resurser som inte finns tillgängliga.

Det finns dock en lösning som utredningen inte tar upp. Skulle all dosdispensering i grundutförandet ske från e-recept kan både dosaktörer, öppenvårdsapotek och landsting agera snabbt. För det fall en kris uppstår i det scenariot är de dosdispenserade läkemedlen på samma gång ett e-recept som direkt kan expedieras på ett öppenvårdsapotek. Dosaktören kan då omedelbart meddela patient och vård att de ska hämta originalförpackningar på öppenvårdsapotek och kontinuiteten är därmed säkrad.

Upphandling av maskinell dosdispensering (utredningens avsnitt 4.15)

Avseende avsnitt 4.15 Upphandling av maskinell dosdispensering så ställer vi oss bakom utredningens förslag om att ge Upphandlingsmyndigheten i uppdrag av regeringen att analysera och lämna konkreta förslag till hur upphandlande myndigheter kan vidareutveckla upphandling av maskinell dosdispensering.

Vi delar utredningens uppfattning att flera mindre leveransavtal minskar risken för överprövning och underlättar för etablering av nya aktörer. Idag finns endast ett fåtal kluster som upphandlar dosdispensering vilket innebär att det är i det närmaste nödvändigt att vinna varje avtal som är ute för upphandling. Mindre avtal skulle medföra en förutsägbarhet för dosaktörerna och innebära att aktörerna mer långsiktigt kan planera sin verksamhet. Som det är idag kan den minsta aktören på mycket kort tid bli den största marknadsaktören och vice versa. Det innebär även en omfattande kapitalförstöring för de enskilda aktörerna som mycket snabbt måste skala upp och ner sin verksamhet. Vi välkomnar att landstingen delar upp upphandlingarna i flera mindre delar och ser inte någon större risk med att upphandlingarna blir så små att några anbud inte lämnas om upphandlingarna omfattar ett särskilt landsting eller en större kommun. Mindre avtal gör det även möjligt för nya mindre aktörer att etablera sig på marknaden. Såsom marknaden ser ut idag så ser vi små möjligheter för nya aktörer att etablera sig eftersom en aktör även om den vinner ett avtal långsiktigt måste ha en möjlighet att bedriva sin verksamhet och ha goda möjligheter att vinna nya kontrakt.

Vi delar utredningens uppfattning att upphandlande myndigheter behöver stöd i att ta fram andra utvärderingskriterier än lägsta dospeng. Vi får intrycket av att upphandlande myndigheter gärna vill både ställa krav och utvärdera kvaliteten i tjänsten men att man inte riktigt vågar göra detta av rädsla för överprövningar. Att använda andra utvärderingskriterier än dospengen är även positivt ur andra aspekter eftersom den nivå som dospengen (i dagsläget under 0 kr) är på idag inte säger något om vem som tillhandahåller den bästa tjänsten. Dospengen avspeglar inte heller vilken aktör som ger mest samhällsnytta eftersom den totala läkemedelskostnaden mellan de olika dosaktörerna skiljer sig åt. Det skulle därför vara till stor nytta för marknaden om Upphandlingsmyndigheten fick i uppdrag att utveckla hur dosupphandlingar kan genomföras.

Apoteket AB (publ)

Anna Rogmark, Chefsjurist