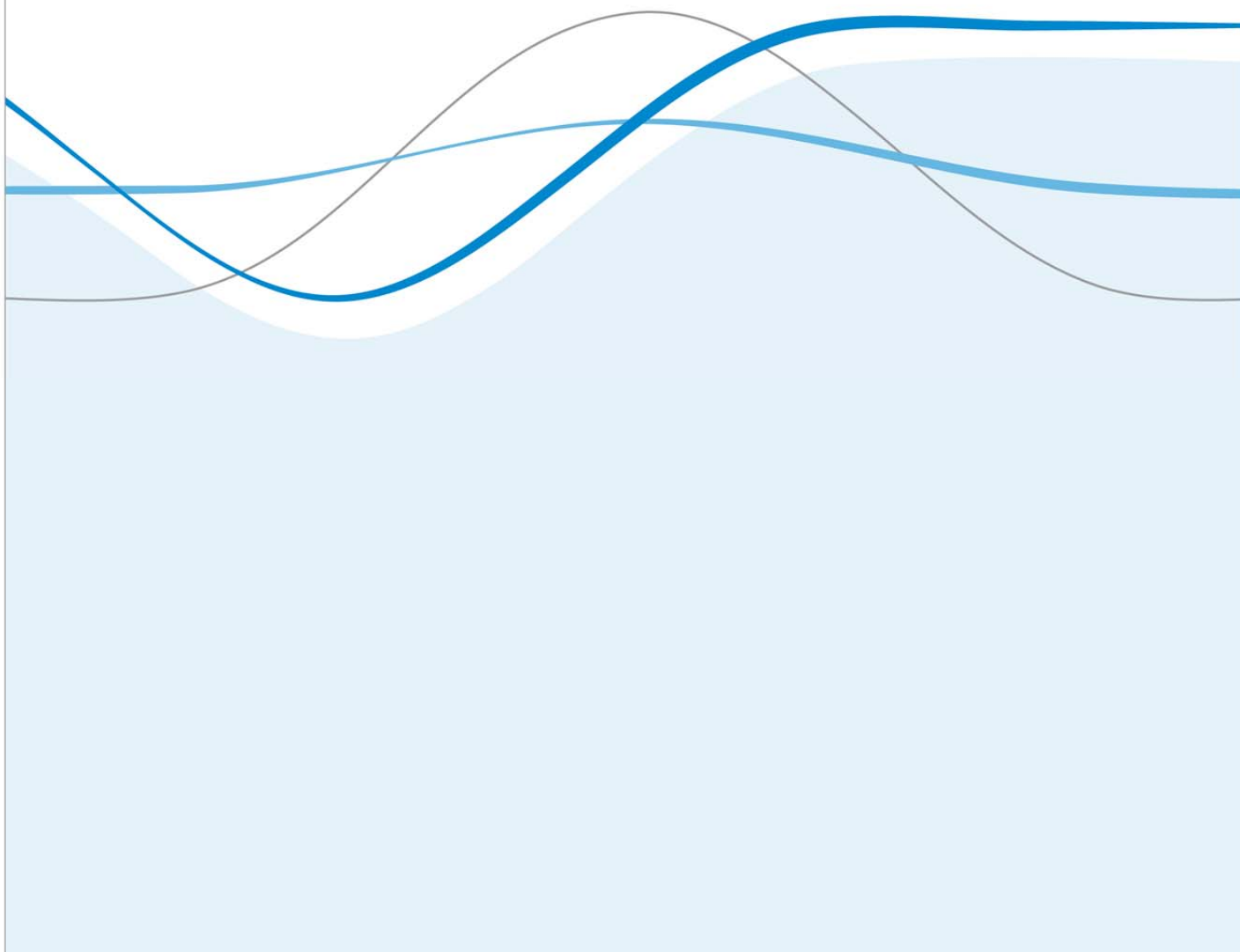


Internationell jämförelse av läkemedelsanvändning: Kvantitativ analys ur ett svenskt perspektiv

April 2015

Phill O'Neill, Jon Sussex



Internationell jämförelse av läkemedelsanvändning: Kvantitativ analys ur ett svenskt perspektiv

Phill O'Neill och Jon Sussex

Office of Health Economics

April 2015

Konsultrapport

Utarbetad på uppdrag av LIF.

LIF har låtit översätta det engelska originalet.

Originalets text kan läsas på OHE:s hemsida www.ohe.org.

Utarbetad av:

OHE Consulting
Office of Health Economics
Southside, 7th Floor
105 Victoria Street
London SW1E 6QT
Storbritannien

För mer information, kontakta:

Jon Sussex
Deputy Director
Tfn +44 02077471412
Eller: +44 07789435855
jsussex@ohe.org

©Office of Health Economics

Om OHE:s konsultrapporter

Många av de studier som OHE Consulting utför avser patentskyddade läkemedel och resultaten offentliggörs inte. Studier som är av intresse för en bredare målgrupp kan emellertid göras tillgängliga, helt eller delvis, med kundens tillåtelse. Studierna kan publiceras av OHE på egen hand, av OHE tillsammans med kunden eller externt i vetenskapliga publikationer.

Studier som publiceras som konsultrapporter från OHE är föremål för intern kvalitetssäkring, men genomgår inte OHE:s styrelses referentgranskning. Kunden avgör huruvida studien ska publiceras.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

| | |
|--|----|
| Förteckning över förkortningar | i |
| Sammanfattning | 1 |
| 1. Inledning och bakgrund | 2 |
| 2. Metod | 4 |
| 2.1 Urval av jämförda länder och behandlingsområden | 4 |
| 2.2 Data som används i studien | 5 |
| 2.3 Analys och presentation | 6 |
| 2.4 Begränsningar i presentationen av analysen | 7 |
| 3. Resultat..... | 9 |
| 3.1 Översikt | 9 |
| 3.2 Resultat per behandlingsområde | 12 |
| 3.3 Sammanfattning av resultaten per behandlingsområde..... | 31 |
| Källor | 35 |
| Bilaga 1: Riktmärke avseende användning av HIV- och diabetesläkemedel 2012/2013. | 36 |
| Bilaga 2: Förteckning över läkemedel som ingår i analysen | 38 |

Förteckning över förkortningar

- ABPI – Brittiska läkemedelsindustriföreningen
- ATC – Anatomic therapeutic chemical coding
- DDD – Definierad dygnsdos
- DH – Brittiska hälsoministeriet
- DPP-4-hämmare – läkemedel med dipeptidylpeptidas-4-hämmare
- DTP – Distribution direkt till apoteken
- EphMRA – European Pharmaceutical Market Research Association
- EU5 – Frankrike, Tyskland, Italien, Spanien, Storbritannien
- GLP-1 – Läkemedel med glukagon-lik peptid-1
- HIV – Humant immunbristvirus
- IMS – Intercontinental Medical Statistics
- LIF – Läkemedelsindustriföreningen
- NICE – National Institute for Health and Care Excellence
- NOAC – Nya orala antikoagulantia
- OHE – Office of Health Economics
- RDS – Andnödssyndrom
- RSV – Respiratoriskt syncytialvirus
- TNF – Tumörnekrosfaktor-hämmare
- Våt AMD – Våt åldersrelaterad makuladegeneration

Sammanfattning

- I den här rapporten presenteras en internationell jämförelse av läkemedelsanvändning i höginkomstländer ur ett svenskt perspektiv. Originalrapporten publicerades av OHE på uppdrag av ABPI i november 2014 (O'Neill och Sussex, 2014).
- I avsaknad av internationellt jämförbara data om de läkemedelskvantiteter som faktiskt används av patienterna användes IMS data för försäljningsvolym som proxyvariabel.
- Data för försäljningsvolym från analysverktyget IMS Midas i varje land justerades så att varje läkemedelsklass fick en jämförbar volymenhet, exempelvis definierad dygnsdos (DDD). För cancerläkemedel var detta inte möjligt och därför sammanställdes oviktade placeringspoäng för dessa. Den totala volymanvändningen justerades utifrån den totala befolkningen i varje land. Medelanvändningen per person beräknades för de fem största EU-marknaderna och för hela urvalet jämförda länder (däribland Sverige). Därefter beräknades svensk användning per person som procent av genomsnittet för EU5 respektive alla 13 jämförda länder. Utifrån dessa data rangordnas de enskilda länderna: landet med den högsta användningen per capita får placeringen 1, landet med den näst högsta användningen får placeringen 2 osv.
- Av en jämförelse utifrån samma läkemedelsklasser och samma jämförda länder som i O'Neills och Sussex rapport från 2014 framgår följande:
 - Under 2012/2013 fortsätter Sverige att ligga på plats 12 av 13 i fråga om användningen av samtliga läkemedel som ingår i studien av 13 höginkomstländer.
 - Svensk användning per person är lägre än det internationella genomsnittet för 2012/2013 i 10 av 18 läkemedelsklasser, och på samma nivå som eller över det internationella genomsnittet i övriga 8 klasser.
- För två nya underklasser av läkemedel – nya orala antikoagulantia och proteashämmare mot hepatit C – uppgår den svenska användningen under 2012/2013 till 34 respektive 80 procent av genomsnittet i alla jämförda länder.
- Resultaten för två läkemedelsklasser – HIV och diabetes – presenteras också i en bilaga till rapporten. Under de senaste åren har den globala försäljningen av nylanserade läkemedel varit störst inom dessa klasser. Den svenska användningen av HIV-läkemedel är något högre än hälften av genomsnittet för de jämförda länderna. När det gäller diabetes uppgår användningen av läkemedel i nya klasser till 18 procent av användningen i de jämförda länderna. För insuliner ligger användningen en tredjedel över det internationella genomsnittet för jämförda länder och för äldre diabetesläkemedel uppgår användningen till 40 procent av det internationella genomsnittet.
- Sammanfattningsvis är bilden av den svenska användningen blandad när det gäller olika läkemedelsklasser. I de flesta klasserna är användningen lägre än de två internationella genomsnitten. Samtidigt som exempelvis användningen av kardiovaskulära läkemedel är låg internationellt sett uppgår användningen av cancerläkemedel emellertid nästan till den internationella nivån eller är t.o.m. högre än denna.

1. Inledning och bakgrund

Läkemedel är en nödvändig del av hälso- och sjukvården och nya läkemedel utvecklas hela tiden, vilket leder till förbättringar för patienterna. Att garantera lämplig användning av läkemedel är en viktig del av att tillhandahålla hälso- och sjukvård av hög kvalitet till befolkningen. Mätningar av hälso- och sjukvårdssystemens användning av läkemedel och hur denna användning varierar mellan olika länder ger en inblick i effektivitet, kvalitet och rättvisa i fråga om hälso- och sjukvårdstjänster (Richards, 2010).

Med detta i åtanke gav ABPI i uppdrag åt OHE att beräkna i vilken omfattning en rad olika läkemedel används i Storbritannien jämfört med en grupp andra höginkomstländer. ABPI:s/OHE:s rapport upprättades i samarbete med det brittiska hälsoministeriet och publicerades i slutet av november 2014 (O'Neill och Sussex, 2014).

I början av 2015 gav LIF i uppdrag åt OHE att anpassa analysen i rapporten för att lyfta fram användningen av läkemedel i Sverige i jämförelse med samma jämförelsegrupp av höginkomstländer, däribland Storbritannien. Den återstående delen av denna rapport har detta svenska perspektiv.

2014 års analys för ABPI var en uppdatering till räkenskapsåret 2012/2013 (dvs. fram till den 31 mars 2013), den kvantitativa komponenten i den så kallade Richardsrapporten från 2010. Richardsrapporten var resultatet av ett tidigare samarbete mellan ABPI och den brittiska regeringen för att jämföra läkemedelsanvändningen i Storbritannien med användningen i jämförbara länder (Richards, 2010). Analysen av Richardsrapporten avsåg räkenskapsåret 2008/2009 och utfördes av IMS under 2010. Även om Richardsrapporten är offentlig är de data som den bygger på inte offentliga. I den återstående delen av denna rapport kan vi därför jämföra Sveriges placering vad gäller användning per person i varje grupp av läkemedel – oavsett om landets användning var högst, näst högst, tredje högst osv. i gruppen av jämförda länder – under 2012/2013 med den placering landet hade fyra år tidigare. Vi saknar emellertid andra data om Sveriges användning av dessa läkemedel under 2008/2009.

I den återstående delen av rapporten beskrivs den metod vi använt oss av för den kvantitativa analysen, samt presenteras resultaten. Där så är lämpligt beskriver vi även de största utmaningarna med en sådan jämförelse i och med den begränsade tillgången till data. Vi har använt oss av samma metoder som i Richardsrapporten för att så långt som möjligt kunna göra en direkt jämförelse mellan de två uppsättningarna resultat.

Att jämföra användningen av en grupp läkemedel inom en grupp länder är ingen enkel uppgift. Ju fler länder som ingår i jämförelsen, desto mer komplicerat blir det. Detta kan förklara bristen på publicerade empiriska bevis i ämnet. Vi har inte kunnat hitta några andra jämförelser av upptagningen av läkemedel för en rad enskilda sjukdomsområden i ett urval länder som liknar jämförelsen i Richardsrapporten sedan denna rapport publicerades 2010. (OECD:s rapport *Health at a Glance* omfattar emellertid indikatorer över definierade dygnsdoser per 1 000 personer per dag för fyra breda sjukdomsområden – blodtryckssänkande läkemedel, kolesterolsänkande läkemedel, diabetesläkemedel och antidepressiva läkemedel – för en rad OECD-medlemsländer, med undantag för Österrike, Nya Zeeland och USA av de länder som ingår i Richardsrapporten. Se OECD 2013.)

Sannolikt är det ett brett urval faktorer som ligger bakom skillnaderna i fråga om läkemedelsanvändning per person som konstaterats mellan Sverige och andra länder. Det finns mycket litteratur i detta ämne, men detta ligger utanför denna rapports

räckvidd. I den rapport av Nolte och Corbett som beställdes av det brittiska hälso-
ministeriet och publicerades i november 2014 som komplettering till O'Neill och Sussex,
2014 ges en användbar sammanfattning av de kvalitativa faktorer som påverkar läke-
medelsanvändningen i olika länder.

2. Metod

2.1 Urval av jämförda länder och behandlingsområden

I Richardsrapporten, och därmed även i denna rapport, användes två kriterier för att välja vilka länder som skulle ingå i jämförelsen: att relativt solida data om läkemedelsanvändning fanns tillgängliga och att länderna till stor del påminde om Storbritannien, och Sverige, i fråga om ekonomisk utveckling. Detta resulterade i ett urval bestående av 14 länder, däribland Sverige och Storbritannien, som anges i tabell 1.

Tabell 1. Länder som ingår i Richardsrapporten, 2010

| Fem stora europeiska länder | Fem mindre europeiska länder | Andra länder |
|---|---|--|
| Frankrike Tyskland Italien Spanien Storbritannien | Österrike Danmark Norge Sverige Schweiz | Australien Kanada Nya Zeeland USA |

I den aktuella analysen har vi inkluderat alla dessa länder utom Danmark eftersom jämförbara användningsdata för detta land inte fanns tillgängliga för 2012/2013.

Vid fastställandet av urvalet av behandlingsområden för Richardsrapporten beaktades följande faktorer:

- Hög incidens, prevalens och/eller dödlighet.
- Orsakar långvarig sjuklighet.
- Leder till stora utgifter.
- Stora framsteg har gjorts i fråga om förebyggande eller behandling under de senaste 10 åren (fram till 2010).
- Påverkar olika åldersgrupper.
- Huruvida läkemedlen har genomgått hälsoekonomisk utvärdering (HTA) eller inte.
- Vissa områden ska främst hanteras inom primärvården och vissa främst inom sekundärvården.

Den förteckning över behandlingsområden som fastställdes utifrån dessa kriterier visas i tabell 2 nedan. I bilaga 2 anges de enskilda läkemedlen inom varje behandlingsområde.

Vi har analyserat samma läkemedelsklasser som i Richardsrapporten, men med mars 2013 (i stället för mars 2009) som referensdatum när det gäller cancerläkemedel som godkänts under de senaste 5 åren, respektive för 6–10 år sedan, och för mer än 10 år sedan. Läkemedelsklasser fastställdes utifrån EphMRA:s ATC-koder (Anatomic Therapeutic Chemical Classification).

Tabell 2. Sjukdomsområden och kategorier av läkemedel som ingår i Richardsrapporten från 2010

| Sjukdomstillstånd | Kategori |
|---|--|
| • Cancer | Läkemedel som godkänts under de senaste 5 åren* Läkemedel som godkänts för 6–10 år sedan* Läkemedel som godkänts för mer än 10 år sedan* Hormonella läkemedel |
| • Hjärt- och kärlsjukdomar (kardiovaskulära sjukdomar och stroke) | Statiner Trombolys som används för att behandla akut myokardinfarkt (akut MI) Trombolys som används för att behandla stroke |
| • Psykisk hälsa | Andra generationens antipsykotiska läkemedel Demens |
| • Långvariga sjukdomstillstånd | Multipel skleros Osteoporos Reumatoid artrit |
| • Infektioner | Hepatit C |
| • Sjukdomar som drabbar barn | Andnödssyndrom (RDS) Respiratoriskt syncytialvirus (RSV) |
| • Övrigt | Fuktig åldersrelaterad makuladegeneration (AMD) |

* Baserat på den tid som gått sedan den brittiska lanseringen i mars 2009.

Vi extraherade försäljningsvolym för alla länder utifrån klass av data från IMS (se nedan för mer information). I många fall ser läkemedelsportföljen för en specifik klass olika ut i olika länder. Vissa läkemedel har inte lanserats i ett eller flera av de jämförda länderna. Trots detta är det rimligt att jämföra användningen för hela klassen eftersom dessa är de kliniska alternativ som finns tillgängliga.

I den aktuella analysen har vi även inkluderat två underklasser av ATC som tillhör läkemedelsgrupper som har introducerats sedan Richardsrapporten publicerades 2010: proteashämmare mot hepatit C och nya orala antikoagulantia (NOAC). Vi presenterar dessa data separat så att inte jämförelsen av läkemedelsanvändning mellan 2012/2013 och 2008/2009 påverkas.

Slutligen har vi i enlighet med uppmaningen i ABPI:s rapport från 2014 även lagt till analyser av två läkemedelsklasser som inte ingick i Richardsrapporten: HIV- och diabetesläkemedel. Dessa har analyserats eftersom de utgör de två läkemedelsklasser där den brittiska försäljningen var störst av de läkemedel som lanserats under de närmaste fem åren före 2013. Analysen av HIV- och diabetesläkemedel finns i bilaga 1.

2.2 Data som används i studien

Internationellt jämförbara data om läkemedelsanvändning saknas. Vi använder oss, i likhet med Richards, av försäljningsdata som proxyvariabel för användning. Källan till försäljningsdata för läkemedel i vår analys är IMS Midas (http://www.imshealth.com/deployedfiles/imshealth/Global/Content/Information/Applications/Pharma%20Market%20Measurement/MIDAS%20Slim%20Jim%20BrEv%200113_spread_final.pdf). I denna databas sammanställs försäljningsdata från enskilda länder. IMS fyller i databasen för varje land genom att samla in data under hela leveranskedjan,

från bland andra tillverkare, grossister och apotekare. De data som samlas in standardiseras genom att nationella dataenheter kopplas till internationella definitioner. Exempelvis omvandlas lokala varumärkesnamn till ett internationellt namn. På så sätt möjliggörs jämförelser mellan länder.

Den period som dataextraheringen avser är mars 2013 och de närmaste 12 månader före detta. Volymdata baserat på antal förpackningar, vikt eller internationella enheter extraherades för primärvård och sjukhusmarknader. Dessa volymdata jämfördes med IMS data för att justera rapporterad vikt till den aktiva ingrediensens vikt. Även i Richardsrapporten användes IMS volymdata. Dessa validerades även av tillverkare. Den slutliga uppsättningen data i Richardsrapporten bestod av omkring 90 procent data från IMS och 10 procent data från tillverkare (Richards 2010, s. 13). Tillverkares validering (och eventuellt ersättning av) data är en tidskrävande aktivitet som ligger utanför räckvidden för denna studie. Följande resultat baseras därför uteslutande på data från IMS.

2.3 Analys och presentation

Vår analys bestod i likhet med analysen i Richardsrapporten av följande faser:

1. Den totala användningen för varje läkemedel och varje land beräknades och justerades utifrån befolkningen. Det innebär att vi helt enkelt presenterar läkemedelsanvändningen per person av den totala befolkningen i varje land.
2. Läkemedlen grupperades utifrån samma kategorier som i Richardsrapporten.
3. Befolkningsjusterad försäljningsvolym över läkemedel i varje kategori jämfördes sedan inom hela urvalet (13 länder) och delurvalet (de fem största EU-länderna Frankrike, Tyskland, Italien, Spanien, Storbritannien).
4. För varje kategori läkemedel jämfördes Sverige med de andra länderna på två olika sätt:
 - I. Den svenska befolkningens totala användning per klass (eller läkemedel) som procent av genomsnittlig befolkningsjusterad användning för de andra 12 jämförda länderna, eller för EU5 (de fem största EU-länderna).
 - II. Alla länder rangordnades baserat på den totala befolkningens justerade användning, från högsta till lägsta placering, och den svenska placeringen registrerades.
5. En sammanställning av placeringarna för varje land gjordes också. Ett lands genomsnittliga placering för samtliga kategorier fastställdes och utifrån denna gjordes en övergripande rangordning av länderna.

Fas 1 – Omvandling av varje lands läkemedelsanvändning till ett befolkningsviktat tal:

- a) För varje läkemedel omvandlades den totala försäljningsvolymen för varje land till ett mått. Exempelvis omvandlades en statin med styrkan 20 respektive 40 mg till en definierad dygnsdos på 20 mg. Varje dos om 40 mg fick således ett värde motsvarande två definierade dygnsdoser. Om en DDD inte var lämplig användes ett jämförbart volymmått, vanligtvis mg. För varje läkemedel beräknades sedan total användning utifrån måttet efter land.

- b) Den totala försäljningssiffran dividerades med landets totala befolkning. Därmed förhindras variationer i absolut användning på grund av skillnader i befolkningsstorlek.

Fas 2 – Gruppering av läkemedel i kategorier:

- a) Läkemedlen grupperades enligt ATC-klassificering i samma kategorier som i Richardsrapporten.
- b) Om användningen (proxyvariabel för försäljning) mättes med DDD sammanställdes användningen för alla läkemedel i klassen.
- c) Annars beräknades ett oviktat genomsnitt för procent per capita för varje läkemedel i gruppen eftersom volymer som mäts i olika enheter inte kan kombineras.

Fas 3, 4 och 5 – Jämförelse av befolkningsjusterad användning:

- a) Sveriges användning per capita för varje grupp av läkemedel jämfördes med genomsnittet för EU5 (Frankrike, Tyskland, Italien, Spanien, Storbritannien) och för alla 12 jämförda länder med svensk användning per person uttryckt som procent av genomsnittet för jämförda länders användning per person. (Observera att Danmark, trots att landet ingick i analyserna i Richardsrapporten, exkluderades från vår analys på grund av brist på aktuella data).
- b) Sverige rangordnades även i fråga om total användning per klass jämfört med alla andra länder.

2.4 Begränsningar i presentationen av analysen

Förutom de tidigare nämnda problemen kopplade till svårigheten att samla in heltäckande data konstaterades följande mer allmänna problem i Richardsrapporten när det gäller presentationen av analysen:

- a) Om ett läkemedel används för att behandla mer än en sjukdom kan det vara svårt att dela upp användningen. I många fall kan användningen som visas för ett visst land därför vara en överskattning av den faktiska användningen i den särskilda indikation som studeras. En justering av detta var utanför denna rapports räckvidd. För de flesta klasser som studerats innebär detta inte något större problem. Emellertid har exempelvis cetuximab både indikationer för cancer och andra sjukdomar, men presenteras i såväl analyserna i Richardsrapporten som här under rubriken "Cancer". TNF-hämmande läkemedel rapporteras som läkemedel mot reumatoid artrit, men har även indikationer för andra autoimmuna sjukdomar. Alla TNF-hämmande läkemedel har dock inte samma indikationer.
- b) Skillnaderna i doseringen kan vara en förklaring till vissa av variationerna mellan länder. Läkare i olika länder kan exempelvis använda sig av olika behandlingsprotokoll där dock samma läkemedel ingår. I samband med utarbetandet av Richardsrapporten utförde IMS Health preliminära analyser av demensläkemedel, statiner och andra generationens antipsykotiska läkemedel för en rad länder. Det

fanns inget förklaringsvärde för de skillnader som konstaterades, men det är inte säkert att så är fallet beträffande andra behandlingsområden.

- c) Det faktum att det saknas en metod för att standardisera användningen av cancerprodukter kan innebära att jämförelser på landnivå visar något mindre än vad de skulle kunna göra. Produkter i låga volymer ges lika vikt som produkter i höga volymer. Om den relativa användningen av produkter i höga volymer är låg kan detta få en större betydelse än om den relativa användningen av produkter i låga volymer är hög. Och om den relativa användningen av produkter i höga volymer är hög kan detta således få en större betydelse än om den relativa användningen av produkter i låga volymer är låg. I våra urval ingår läkemedel som är förstahandsval vid behandling av cancerformer med hög prevalens samt andrahands- eller tredjehandsval osv. vid behandling av cancerformer med lägre prevalens.

3. Resultat

3.1 Översikt

För att kunna presentera en övergripande jämförelse av användningen mellan länder innehöll Richardsrapporten ett sammanfattande riktmärke: en övergripande placering. För varje läkemedelsklass gavs varje land en placering utifrån dess befolkningsjusterade användning, från högsta (placering=1) till lägsta användning (placering=13, eftersom 13 totalt länder ingick i jämförelsen). Dessa placeringssiffror sammanfattades sedan och en medelplacering för behandlingsområdena fastställdes för varje land. Ett land med placeringen 1 för alla behandlingsområden skulle exempelvis få medelplaceringen 1. Därmed kunde medelplaceringen ha ett värde mellan 1 och 13. Landet med högst medelplacering (=lägsta genomsnittliga placeringspoäng) fick därefter den högsta placeringen i den övergripande placeringen. Medelplaceringen rapporteras längst ned i tabellerna 3a och 3b nedan.

Richards konstaterade att det i allmänhet finns väldigt stora variationer inom varje enskilt land – från hög användning på vissa sjukdomsområden till medelhög och låg användning på andra (s. 18). Richardsrapporten varnade för att dra slutsatser om den övergripande användningen av läkemedel i varje land. I tabellerna 3a och 3b jämförs resultaten från Richardsrapporten med våra uppdaterade siffror. Observera att vi har räknat om siffrorna för 2008/2009 från Richardsrapporten för att exkludera Danmark och därmed möjliggöra en korrekt jämförelse med rangordningen från 2012/2013.

Sveriges genomsnittliga placeringspoäng för 2012/2013 är 7,8 och därmed något bättre än genomsnittet för 2008/09 (7,9). Samtidigt har landet tappat en placering från 11 till 12 (av 13 länder). Därmed har Sverige i stort sett samma medelplaceringspoäng för 2012/2013 som för 2008/2009, men landets övergripande placering bland de jämförda länderna har försämrats och Norge har gått om.

I diagram 1 förenklas den något komplicerade bild som presenteras i tabellerna 3a och 3b. En låg medelplaceringspoäng för ett land tyder på att dess användning av läkemedel är högre för det totala urvalet läkemedel än i de flesta eller alla andra länder som ingår i jämförelsen. För att underlätta tolkningen använder vi omvänd skala på den vertikala axeln. Vid en jämförelse av genomsnittliga placeringspoäng efter land har det skett en relativ minskning sedan 2008/2009 av poängen för de tre högst placerade länderna till vänster i diagrammet – Frankrike, Spanien och USA – och en relativ ökning av nästa tre högst placerade länder – Österrike, Italien och Kanada. Totalt sett har ländernas relativa positioner inte förändrats mycket mellan 2008/2009 och 2012/2013, men deras respektive placeringspoäng har kommit att närma sig varandra: det är mindre variation mellan ländernas genomsnittliga placeringspoäng. Vidare kan konstateras att det skett en relativ förbättring i Norge som har övertagit Sveriges placering. Sveriges poäng har i det närmaste förblivit oförändrade.

Tabell 3a. Sammanfattande tabell över internationella placeringar efter behandlingsområde – de fem högst placerade länderna och Sverige 2008/2009 och 2012/2013

| | Frankrike | | Spanien | | USA | | Österrike | | Italien | | Sverige | |
|-------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| | 2009 | 2013 | 2009 | 2013 | 2009 | 2013 | 2009 | 2013 | 2009 | 2013 | 2009 | 2013 |
| Akut MI | 6 | 9 | 4 | 1 | 12 | 12 | 10 | 6 | 11 | 7 | 5 | 11 |
| Antipsykotiska läkemedel | 9 | 13 | 2 | 7 | 1 | 8 | 5 | 1 | 13 | 11 | 12 | 12 |
| Demens | 2 | 5 | 3 | 1 | 1 | 2 | 5 | 3 | 12 | 10 | 7 | 6 |
| Hepatit C | 3 | 2 | 2 | 5 | 6 | 3 | 4 | 4 | 1 | 1 | 7 | 7 |
| Multipel skleros | 10 | 7 | 7 | 10 | 3 | 5 | 11 | 11 | 2 | 3 | 6 | 4 |
| Osteoporos | 2 | 7 | 1 | 2 | 3 | 10 | 11 | 5 | 5 | 4 | 12 | 12 |
| RDS | 6 | 6 | 7 | 9 | 1 | 1 | 3 | 4 | 2 | 5 | 10 | 10 |
| Reumatoid artrit | 8 | 6 | 6 | 7 | 1 | 4 | 7 | 12 | 11 | 11 | 3 | 5 |
| Statiner | 7 | 3 | 9 | 8 | 3 | 1 | 12 | 11 | 13 | 10 | 10 | 13 |
| Våt AMD | 3 | 3 | 9 | 10 | 7 | 8 | 11 | 12 | 12 | 11 | 6 | 7 |
| Cancer <5 år* | 1 | 5 | 5 | 10 | 3 | 8 | 2 | 1 | 8 | 11 | 7 | 6 |
| Cancer 6–10 år* | 1 | 1 | 4 | 4 | 7 | 6 | 3 | 2 | 5 | 3 | 10 | 8 |
| Cancer >10 år* | 1 | 3 | 3 | 1 | 7 | 12 | 6 | 7 | 2 | 2 | 8 | 5 |
| Hormonella cancerläkemedel | 4 | 7 | 2 | 2 | 12 | 1 | 6 | 10 | 1 | 5 | 7 | 3 |
| Totala placeringspoäng | 63 | 77 | 64 | 77 | 67 | 81 | 96 | 89 | 98 | 94 | 110 | 109 |
| Medelplacering | 4,5 | 5,5 | 4,6 | 5,5 | 4,8 | 5,8 | 6,9 | 6,4 | 7,0 | 6,7 | 7,9 | 7,8 |
| Övergripande placering | 1 | 1 | 2 | 2 | 3 | 3 | 5 | 4 | 6 | 5 | 11 | 12 |

Anmärkningar:

RSV och stroke exkluderades från den här analysen i Richardsrapporten. Detta skedde på grund av skäl kopplade till handelssekretess i fråga om data för ett enskilt läkemedel som skulle presenteras. För att säkerställa att resultaten kunde jämföras exkluderades dessa från den uppdaterade analysen.

* Baserat på den tid som gått sedan den brittiska lanseringen i mars 2009 för data som avser 2008/2009 och i mars 2013 för data som avser 2012/2013.

Tabell 3b. Sammanfattande tabell över internationella placeringar efter behandlingsområde – de länder som hade placeringarna 5–13 under 2008/2009 och 2012/2013

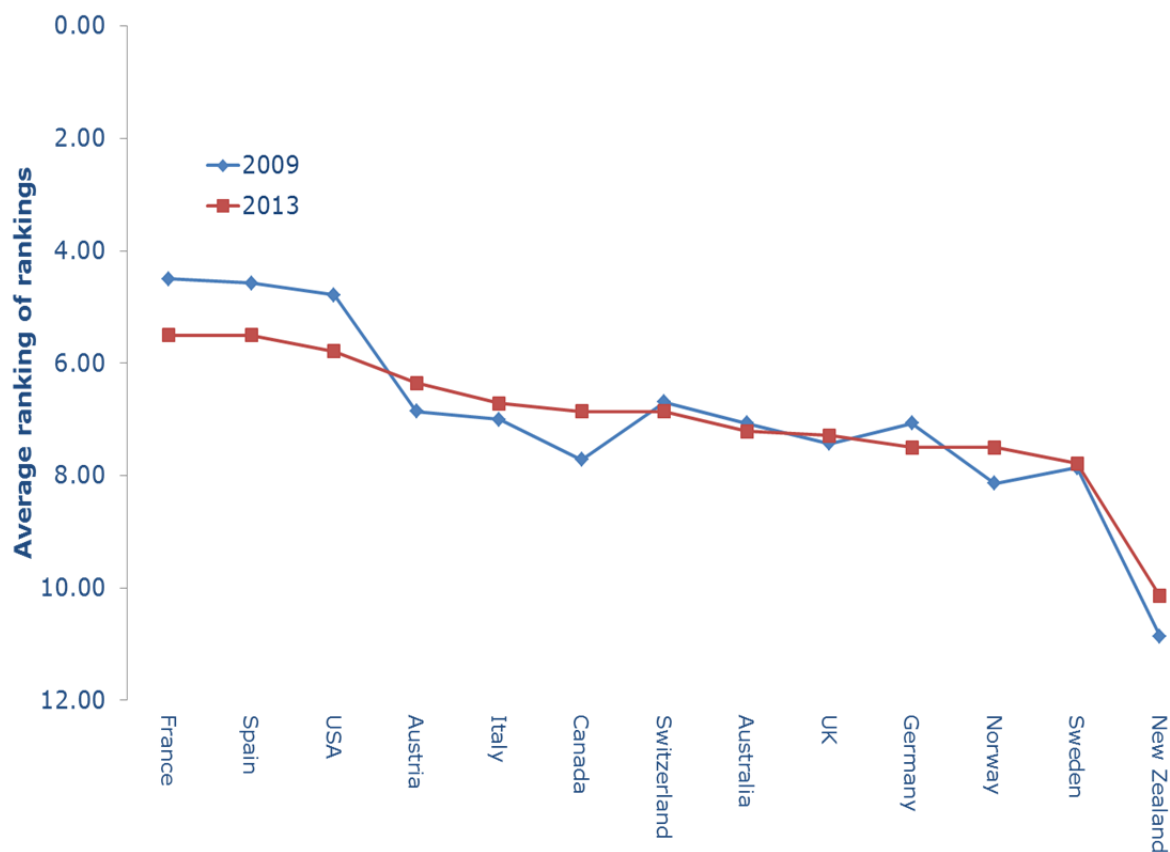
| | Kanada | | Schweiz | | Australien | | Storbritannien | | Tyskland | | Norge | | Sverige | | Nya Zeeland | |
|-------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|----------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-------------|-------------|
| | 2009 | 2013 | 2009 | 2013 | 2009 | 2013 | 2009 | 2013 | 2009 | 2013 | 2009 | 2013 | 2009 | 2013 | 2009 | 2013 |
| Akut MI | 9 | 2 | saknas | 13 | 3 | 5 | 1 | 8 | 8 | 10 | 7 | 4 | 5 | 11 | 2 | 3 |
| Antipsykotiska läkemedel | 3 | 2 | 7 | 4 | 4 | 3 | 10 | 9 | 11 | 5 | 8 | 10 | 12 | 12 | 6 | 6 |
| Demens | 4 | 4 | 9 | 11 | 11 | 12 | 10 | 8 | 8 | 9 | 6 | 7 | 7 | 6 | 13 | 13 |
| Hepatit C | 11 | 13 | 9 | 6 | 5 | 10 | 13 | 11 | 8 | 8 | 10 | 9 | 7 | 7 | 12 | 12 |
| Multipel skleros | 4 | 9 | 8 | 2 | 9 | 8 | 12 | 12 | 1 | 1 | 5 | 6 | 6 | 4 | 13 | 13 |
| Osteoporos | 9 | 1 | 4 | 9 | 8 | 6 | 6 | 3 | 7 | 11 | 10 | 8 | 12 | 12 | 13 | 13 |
| RDS | 12 | 13 | 13 | 12 | 5 | 3 | 4 | 2 | 8 | 8 | 11 | 11 | 10 | 10 | 9 | 7 |
| Reumatoid artrit | 4 | 1 | 5 | 3 | 10 | 9 | 9 | 8 | 12 | 10 | 2 | 2 | 3 | 5 | 13 | 13 |
| Statiner | 4 | 6 | 8 | 2 | 1 | 5 | 2 | 4 | 11 | 12 | 5 | 7 | 10 | 13 | 6 | 9 |
| Vät AMD | 5 | 4 | 2 | 1 | 1 | 2 | 4 | 5 | 8 | 6 | 10 | 9 | 6 | 7 | 13 | 13 |
| Cancer <5 år* | 12 | 9 | 6 | 2 | 10 | 12 | 11 | 7 | 4 | 3 | 9 | 4 | 7 | 6 | 13 | 13 |
| Cancer 6–10 år* | 11 | 10 | 2 | 7 | 9 | 9 | 8 | 12 | 6 | 5 | 12 | 11 | 10 | 8 | 13 | 13 |
| Cancer >10 år* | 10 | 10 | 5 | 11 | 12 | 6 | 9 | 4 | 4 | 9 | 11 | 13 | 8 | 5 | 13 | 8 |
| Hormonella cancerläkemedel | 10 | 12 | 9 | 13 | 11 | 11 | 5 | 9 | 3 | 8 | 8 | 4 | 7 | 3 | 13 | 6 |
| Totala placeringspoäng | 108 | 96 | 87 | 96 | 99 | 101 | 104 | 102 | 99 | 105 | 114 | 105 | 110 | 109 | 152 | 142 |
| Medelplacering | 7,7 | 6,9 | 6,7 | 6,9 | 7,1 | 7,2 | 7,4 | 7,3 | 7,1 | 7,5 | 8,1 | 7,5 | 7,9 | 7,8 | 10,9 | 10,1 |
| Övergripande placering | 10 | 6 | 4 | 7 | 8 | 8 | 9 | 9 | 7 | 10 | 12 | 11 | 11 | 12 | 13 | 13 |

Anmärkningar:

RSV och stroke exkluderades från den här analysen i Richardsrapporten. Detta skedde på grund av skäl kopplade till handelssekretess i fråga om data för ett enskilt läkemedel som skulle presenteras. För att säkerställa att resultaten kunde jämföras exkluderades dessa från den uppdaterade analysen.

* Baserat på den tid som gått sedan den brittiska lanseringen i mars 2009 för data som avser 2008/2009 och i mars 2013 för data som avser 2012/2013.

Diagram 1: Medelplacering för placeringspoäng efter land 2008/2009 och 2012/2013



3.2 Resultat per behandlingsområde

I följande analys innebär värdet 100 procent att den svenska användningen är identisk med genomsnittsbefolkningens viktade användning i de jämförda länderna.

I följande tabeller presenteras resultaten för varje enskild läkemedelsklass i tur och ordning i samma format som i bilaga 3 till Richardsrapporten. Resultaten avser dock 2012/2013. I den första tabellen visas placeringsordningen för varje läkemedelsklass i fråga om användning per capita för enskilda länder. Detta följs av en tabell där svensk användning per person uttrycks som procent av detta i gruppen EU5-länder (Frankrike, Tyskland, Italien, Spanien och Storbritannien) och av den genomsnittliga användningen i alla jämförda länder tillsammans (inklusive Sverige).

I tabellerna visas detaljerna för varje enskild läkemedelsklass i tur och ordning följt av en övergripande sammanfattning av Sveriges relativa användning jämfört med de andra länderna och hur landets placering har förändrats mellan 2008/2009 och 2012/2013 i alla de läkemedelsklasser som analyserats.

Cancer

Tabell 4a. Cancerläkemedel 0–5 år*, placering avseende användning

| Placering år 2013 | Land | Placering år 2009 | Land |
|-------------------|----------------|-------------------|----------------|
| 1 | Österrike | 1 | Frankrike |
| 2 | Schweiz | 2 | Österrike |
| 3 | Tyskland | 3 | USA |
| 4 | Norge | 4 | Tyskland |
| 5 | Frankrike | 5 | Spanien |
| 6 | Sverige | 6 | Schweiz |
| 7 | Storbritannien | 7 | Sverige |
| 8 | USA | 8 | Italien |
| 9 | Kanada | 9 | Norge |
| 10 | Spanien | 10 | Australien |
| 11 | Italien | 11 | Storbritannien |
| 12 | Australien | 12 | Kanada |
| 13 | Nya Zeeland | 13 | Nya Zeeland |

Tabell 4b. Cancerläkemedel 0–5 år*, svensk relativ användning

| | Sveriges placering i fråga om DDD | Svensk användning som procent av genomsnittet för EU5 | Svensk användning som procent av genomsnittet för alla länder |
|------|-----------------------------------|---|---|
| 2013 | 6 | 103 % | 101 % |
| 2009 | 7 | | |

* Baserat på den tid som gått sedan den brittiska lanseringen i mars 2009 för data som avser 2008/2009 och i mars 2013 för data som avser 2012/2013.

Tabell 5a. Cancerläkemedel 6-10 år*, placering avseende användning

| Placering år 2013 | Land | Placering år 2009 | Land |
|-------------------|----------------|-------------------|----------------|
| 1 | Frankrike | 1 | Frankrike |
| 2 | Österrike | 2 | Schweiz |
| 3 | Italien | 3 | Österrike |
| 4 | Spanien | 4 | Spanien |
| 5 | Tyskland | 5 | Italien |
| 6 | USA | 6 | Tyskland |
| 7 | Schweiz | 7 | USA |
| 8 | Sverige | 8 | Storbritannien |
| 9 | Australien | 9 | Australien |
| 10 | Kanada | 10 | Sverige |
| 11 | Norge | 11 | Kanada |
| 12 | Storbritannien | 12 | Norge |
| 13 | Nya Zeeland | 13 | Nya Zeeland |

Tabell 5b. Cancerläkemedel 6-10 år* svensk relativ användning

| | Sveriges placering i fråga om DDD | Svensk användning som procent av genomsnittet för EU5 | Svensk användning som procent av genomsnittet för alla länder |
|------|-----------------------------------|---|---|
| 2013 | 8 | 67 % | 83 % |
| 2009 | 10 | | |

* Baserat på den tid som gått sedan den brittiska lanseringen i mars 2009 för data som avser 2008/2009 och i mars 2013 för data som avser 2012/2013.

Tabell 6a. Cancerläkemedel 10+ år*, placering avseende användning

| Placering år 2013 | Land | Placering år 2009 | Land |
|-------------------|----------------|-------------------|----------------|
| 1 | Spanien | 1 | Frankrike |
| 2 | Italien | 2 | Italien |
| 3 | Frankrike | 3 | Spanien |
| 4 | Storbritannien | 4 | Tyskland |
| 5 | Sverige | 5 | Schweiz |
| 6 | Australien | 6 | Österrike |
| 7 | Österrike | 7 | USA |
| 8 | Nya Zeeland | 8 | Sverige |
| 9 | Tyskland | 9 | Storbritannien |
| 10 | Kanada | 10 | Kanada |
| 11 | Schweiz | 11 | Norge |
| 12 | USA | 12 | Australien |
| 13 | Norge | 13 | Nya Zeeland |

Tabell 6b. Cancerläkemedel 10+ år* svensk relativ användning

| | Sveriges placering i fråga om DDD | Svensk användning som procent av genomsnittet för EU5 | Svensk användning som procent av genomsnittet för alla länder |
|------|-----------------------------------|---|---|
| 2013 | 5 | 91 % | 109 % |
| 2009 | 8 | | |

* Baserat på den tid som gått sedan den brittiska lanseringen i mars 2009 för data som avser 2008/2009 och i mars 2013 för data som avser 2012/2013.

Tabell 7a. Hormonella cancerläkemedel 10+ år*, placering avseende användning

| Placering år 2013 | Land | Placering år 2009 | Land |
|-------------------|----------------|-------------------|----------------|
| 1 | USA | 1 | Italien |
| 2 | Spanien | 2 | Spanien |
| 3 | Sverige | 3 | Tyskland |
| 4 | Norge | 4 | Frankrike |
| 5 | Italien | 5 | Storbritannien |
| 6 | Nya Zeeland | 6 | Österrike |
| 7 | Frankrike | 7 | Sverige |
| 8 | Tyskland | 8 | Norge |
| 9 | Storbritannien | 9 | Schweiz |
| 10 | Österrike | 10 | Kanada |
| 11 | Australien | 11 | Australien |
| 12 | Kanada | 12 | USA |
| 13 | Schweiz | 13 | Nya Zeeland |

Tabell 7b. Svensk relativ användning av hormonella cancerläkemedel

| | Sveriges placering i fråga om DDD | Svensk användning som procent av genomsnittet för EU5 | Svensk användning som procent av genomsnittet för alla länder |
|------|-----------------------------------|---|---|
| 2013 | 3 | 139 % | 149 % |
| 2009 | 7 | | |

Statiner

Tabell 8a. Placering avseende användning av statiner

| Placering år 2013 | Land | Placering år 2009 | Land |
|-------------------|----------------|-------------------|----------------|
| 1 | USA | 1 | Australien |
| 2 | Schweiz | 2 | Storbritannien |
| 3 | Frankrike | 3 | USA |
| 4 | Storbritannien | 4 | Kanada |
| 5 | Australien | 5 | Norge |
| 6 | Kanada | 6 | Nya Zeeland |
| 7 | Norge | 7 | Frankrike |
| 8 | Spanien | 8 | Schweiz |
| 9 | Nya Zeeland | 9 | Spanien |
| 10 | Italien | 10 | Sverige |
| 11 | Österrike | 11 | Tyskland |
| 12 | Tyskland | 12 | Österrike |
| 13 | Sverige | 13 | Italien |

Tabell 8b. Svensk relativ användning av statiner

| | Sveriges placering i fråga om DDD | Svensk användning som procent av genomsnittet för EU5 | Svensk användning som procent av genomsnittet för alla länder |
|------|-----------------------------------|---|---|
| 2013 | 13 | 62 % | 57 % |
| 2009 | 10 | | |

Akut myokardinfarkt

Tabell 9a. Placering avseende användning av läkemedel mot akut MI

| Placering år 2013 | Land | Placering år 2009 | Land |
|-------------------|----------------|-------------------|----------------|
| 1 | Spanien | 1 | Storbritannien |
| 2 | Kanada | 2 | Nya Zeeland |
| 3 | Nya Zeeland | 3 | Australien |
| 4 | Norge | 4 | Spanien |
| 5 | Australien | 5 | Sverige |
| 6 | Österrike | 6 | Frankrike |
| 7 | Italien | 7 | Norge |
| 8 | Storbritannien | 8 | Tyskland |
| 9 | Frankrike | 9 | Kanada |
| 10 | Tyskland | 10 | Österrike |
| 11 | Sverige | 11 | Italien |
| 12 | USA | 12 | USA |
| 13 | Schweiz | Ingen placering | Schweiz |

Tabell 9b. Svensk relativ användning av akut MI

| | Sveriges placering i fråga om DDD | Svensk användning som procent av genomsnittet för EU5 | Svensk användning som procent av genomsnittet för alla länder |
|------|-----------------------------------|---|---|
| 2013 | 11 | 41 % | 44 % |
| 2009 | 5 | | |

Alteplas vid stroke

Tabell 10a. Placering avseende användning av alteplas vid stroke

| Placering år 2013 | Land |
|-------------------|----------------|
| 1 | Tyskland |
| 2 | Sverige |
| 3 | USA |
| 4 | Österrike |
| 5 | Norge |
| 6 | Kanada |
| 7 | Storbritannien |
| 8 | Schweiz |
| 9 | Nya Zeeland |
| 10 | Frankrike |
| 11 | Australien |
| 12 | Spanien |
| 13 | Italien |

Obs! Richardsrapporten innehöll inga uppgifter om användningen av detta läkemedel.

Tabell 10b. Svensk relativ användning av alteplas vid stroke

| | Sveriges placering i fråga om DDD | Svensk användning som procent av genomsnittet för EU5 | Svensk användning som procent av genomsnittet för alla länder |
|------|-----------------------------------|---|---|
| 2013 | 2 | 205 % | 161 % |

Nya orala antikoagulantia

Observera att Richardsrapporten inte innehöll några uppgifter om användningen av denna underklass.

Tabell 11a. Placering avseende användning av nya orala antikoagulerande läkemedel

| Placering år 2013 | Land |
|-------------------|----------------|
| 1 | Tyskland |
| 2 | Kanada |
| 3 | Schweiz |
| 4 | USA |
| 5 | Österrike |
| 6 | Frankrike |
| 7 | Norge |
| 8 | Spanien |
| 9 | Sverige |
| 10 | Storbritannien |
| 11 | Nya Zeeland |
| 12 | Australien |
| 13 | Italien |

Tabell 11b. Svensk relativ användning av nya orala antikoagulerande läkemedel

| | Sveriges placering i fråga om DDD | Svensk användning som procent av genomsnittet för EU5 | Svensk användning som procent av genomsnittet för alla länder |
|------|-----------------------------------|---|---|
| 2013 | 9 | 37 % | 34 % |

Andra generationens antipsykotiska läkemedel

Tabell 12a. Placering avseende användning av andra generationens antipsykotiska läkemedel

| Placering år 2013 | Land | Placering år 2009 | Land |
|-------------------|----------------|-------------------|----------------|
| 1 | Österrike | 1 | USA |
| 2 | Kanada | 2 | Spanien |
| 3 | Australien | 3 | Kanada |
| 4 | Schweiz | 4 | Australien |
| 5 | Tyskland | 5 | Österrike |
| 6 | Nya Zeeland | 6 | Nya Zeeland |
| 7 | Spanien | 7 | Schweiz |
| 8 | USA | 8 | Norge |
| 9 | Storbritannien | 9 | Frankrike |
| 10 | Norge | 10 | Storbritannien |
| 11 | Italien | 11 | Tyskland |
| 12 | Sverige | 12 | Sverige |
| 13 | Frankrike | 13 | Italien |

Tabell 12b. Svensk relativ användning av andra generationens antipsykotiska läkemedel

| | Sveriges placering i fråga om DDD | Svensk användning som procent av genomsnittet för EU5 | Svensk användning som procent av genomsnittet för alla länder |
|------|-----------------------------------|---|---|
| 2013 | 12 | 76 % | 63 % |
| 2009 | 12 | | |

Demens

Tabell 13a. Placering avseende användning av läkemedel mot demenssjukdomar

| Placering år 2013 | Land | Placering år 2009 | Land |
|-------------------|----------------|-------------------|----------------|
| 1 | Spanien | 1 | USA |
| 2 | USA | 2 | Frankrike |
| 3 | Österrike | 3 | Spanien |
| 4 | Kanada | 4 | Kanada |
| 5 | Frankrike | 5 | Österrike |
| 6 | Sverige | 6 | Norge |
| 7 | Norge | 7 | Sverige |
| 8 | Storbritannien | 8 | Tyskland |
| 9 | Tyskland | 9 | Schweiz |
| 10 | Italien | 10 | Storbritannien |
| 11 | Schweiz | 11 | Australien |
| 12 | Australien | 12 | Italien |
| 13 | Nya Zeeland | 13 | Nya Zeeland |

Tabell 13b. Svensk relativ användning av läkemedel mot demenssjukdomar

| | Sveriges placering i fråga om DDD | Svensk användning som procent av genomsnittet för EU5 | Svensk användning som procent av genomsnittet för alla länder |
|------|-----------------------------------|---|---|
| 2013 | 6 | 96 % | 100 % |
| 2009 | 7 | | |

Multipel skleros

Tabell 14a. Placering avseende användning av läkemedel mot multipel skleros

| Placering år 2013 | Land | Placering år 2009 | Land |
|-------------------|----------------|-------------------|----------------|
| 1 | Tyskland | 1 | Tyskland |
| 2 | Schweiz | 2 | Italien |
| 3 | Italien | 3 | USA |
| 4 | Sverige | 4 | Kanada |
| 5 | USA | 5 | Norge |
| 6 | Norge | 6 | Sverige |
| 7 | Frankrike | 7 | Spanien |
| 8 | Australien | 8 | Schweiz |
| 9 | Kanada | 9 | Australien |
| 10 | Spanien | 10 | Frankrike |
| 11 | Österrike | 11 | Österrike |
| 12 | Storbritannien | 12 | Storbritannien |
| 13 | Nya Zeeland | 13 | Nya Zeeland |

Tabell 14b. Svensk relativ användning av läkemedel mot multipel skleros

| | Sveriges placering i fråga om DDD | Svensk användning som procent av genomsnittet för EU5 | Svensk användning som procent av genomsnittet för alla länder |
|------|-----------------------------------|---|---|
| 2013 | 4 | 114 % | 127 % |
| 2009 | 6 | | |

Osteoporos

Tabell 15a. Placering avseende användning av läkemedel mot osteoporos

| Placering år 2013 | Land | Placering år 2009 | Land |
|-------------------|----------------|-------------------|----------------|
| 1 | Kanada | 1 | Spanien |
| 2 | Spanien | 2 | Frankrike |
| 3 | Storbritannien | 3 | USA |
| 4 | Italien | 4 | Schweiz |
| 5 | Österrike | 5 | Italien |
| 6 | Australien | 6 | Storbritannien |
| 7 | Frankrike | 7 | Tyskland |
| 8 | Norge | 8 | Australien |
| 9 | Schweiz | 9 | Kanada |
| 10 | USA | 10 | Norge |
| 11 | Tyskland | 11 | Österrike |
| 12 | Sverige | 12 | Sverige |
| 13 | Nya Zeeland | 13 | Nya Zeeland |

Tabell 15b. Svensk relativ användning av läkemedel mot osteoporos

| | Sveriges placering i fråga om DDD | Svensk användning som procent av genomsnittet för EU5 | Svensk användning som procent av genomsnittet för alla länder |
|------|-----------------------------------|---|---|
| 2013 | 12 | 63 % | 68 % |
| 2009 | 12 | | |

TNF-hämmande läkemedel (TNF-alfahämmare och andra läkemedel)

Tabell 16a. Placering avseende användning av TNF-hämmande läkemedel (TNF-alfahämmare och andra läkemedel)

| Placering år 2013 | Land | Placering år 2009 | Land |
|-------------------|----------------|-------------------|----------------|
| 1 | Kanada | 1 | USA |
| 2 | Norge | 2 | Norge |
| 3 | Schweiz | 3 | Sverige |
| 4 | USA | 4 | Kanada |
| 5 | Sverige | 5 | Schweiz |
| 6 | Frankrike | 6 | Spanien |
| 7 | Spanien | 7 | Österrike |
| 8 | Storbritannien | 8 | Frankrike |
| 9 | Australien | 9 | Storbritannien |
| 10 | Tyskland | 10 | Australien |
| 11 | Italien | 11 | Italien |
| 12 | Österrike | 12 | Tyskland |
| 13 | Nya Zeeland | 13 | Nya Zeeland |

Tabell 16b. Svensk relativ användning av TNF-hämmande läkemedel (TNF-alfahämmare och andra läkemedel)

| | Sveriges placering i fråga om DDD | Svensk användning som procent av genomsnittet för EU5 | Svensk användning som procent av genomsnittet för alla länder |
|------|-----------------------------------|---|---|
| 2013 | 5 | 222 % | 147 % |
| 2009 | 3 | | |

Hepatit C

Tabell 17a. Placering avseende användning av peginterferon mot hepatit C

| Placering år 2013 | Land | Placering år 2009 | Land |
|-------------------|----------------|-------------------|----------------|
| 1 | Italien | 1 | Italien |
| 2 | Frankrike | 2 | Spanien |
| 3 | USA | 3 | Frankrike |
| 4 | Österrike | 4 | Österrike |
| 5 | Spanien | 5 | Australien |
| 6 | Schweiz | 6 | USA |
| 7 | Sverige | 7 | Sverige |
| 8 | Tyskland | 8 | Tyskland |
| 9 | Norge | 9 | Schweiz |
| 10 | Australien | 10 | Norge |
| 11 | Storbritannien | 11 | Kanada |
| 12 | Nya Zeeland | 12 | Nya Zeeland |
| 13 | Kanada | 13 | Storbritannien |

Tabell 17b. Svensk relativ användning av peginterferon mot hepatit C

| | Sveriges placering i fråga om DDD | Svensk användning som procent av genomsnittet för EU5 | Svensk användning som procent av genomsnittet för alla länder |
|------|-----------------------------------|---|---|
| 2013 | 7 | 82 % | 102 % |
| 2009 | 7 | | |

Observera att Richardsrapporten inte innehöll några uppgifter om användningen av den nya underklassen av läkemedel proteashämmare mot hepatit C.

Tabell 18a. Placering avseende användning av proteashämmare mot hepatit C

| Placering år 2013 | Land |
|-------------------|----------------|
| 1 | USA |
| 2 | Frankrike |
| 3 | Norge |
| 4 | Österrike |
| 5 | Spanien |
| 6 | Tyskland |
| 7 | Kanada |
| 8 | Schweiz |
| 9 | Sverige |
| 10 | Storbritannien |
| 11 | Italien |
| 12 | Australien |
| 13 | Nya Zeeland |

Tabell 18b. Svensk relativ användning av proteashämmare mot hepatit C

| | Sveriges placering i fråga om DDD | Svensk användning som procent av genomsnittet för EU5 | Svensk användning som procent av genomsnittet för alla länder |
|------|-----------------------------------|---|---|
| 2013 | 9 | 78 % | 80 % |

Andnödssyndrom

Tabell 19a. Placering avseende användning av läkemedel mot andnödssyndrom

| Placering år 2013 | Land | Placering år 2009 | Land |
|-------------------|----------------|-------------------|----------------|
| 1 | USA | 1 | USA |
| 2 | Storbritannien | 2 | Italien |
| 3 | Australien | 3 | Österrike |
| 4 | Österrike | 4 | Storbritannien |
| 5 | Italien | 5 | Australien |
| 6 | Frankrike | 6 | Frankrike |
| 7 | Nya Zeeland | 7 | Spanien |
| 8 | Tyskland | 8 | Tyskland |
| 9 | Spanien | 9 | Nya Zeeland |
| 10 | Sverige | 10 | Sverige |
| 11 | Norge | 11 | Norge |
| 12 | Schweiz | 12 | Kanada |
| 13 | Kanada | 13 | Schweiz |

Tabell 19b. Svensk relativ användning av läkemedel mot andnödssyndrom

| | Sveriges placering i fråga om DDD | Svensk användning som procent av genomsnittet för EU5 | Svensk användning som procent av genomsnittet för alla länder |
|------|-----------------------------------|---|---|
| 2013 | 10 | 57 % | 59 % |
| 2009 | 10 | | |

Respiratoriskt syncytialvirus

Tabell 20a. Placering avseende användning av läkemedel mot respiratoriskt syncytialvirus

| Placering år 2013 | Land |
|-------------------|----------|
| USA | 1 |
| Spanien | 2 |
| Österrike | 3 |
| Tyskland | 4 |
| Frankrike | 5 |
| Kanada | 6 |
| Italien | 7 |
| Sverige | 8 |
| Storbritannien | 9 |
| Norge | 10 |
| Schweiz | 11 |
| Australien | 12 |
| Nya Zeeland | 13 |

Obs! Richardsrapporten innehöll inga uppgifter om användningen av detta läkemedel.

Tabell 20b. Svensk relativ användning av läkemedel mot respiratoriskt syncytialvirus

| | Sveriges placering i fråga om DDD | Svensk användning som procent av genomsnittet för EU5 | Svensk användning som procent av genomsnittet för alla länder |
|------|-----------------------------------|---|---|
| 2013 | 8 | 57 % | 62 % |

Våt åldersrelaterad makuladegeneration

Tabell 21a. Placering avseende användning av läkemedel mot våt åldersrelaterad makuladegeneration (AMD)

| Placering år 2013 | Land | Placering år 2009 | Land |
|-------------------|----------------|-------------------|----------------|
| 1 | Schweiz | 1 | Australien |
| 2 | Australien | 2 | Schweiz |
| 3 | Frankrike | 3 | Frankrike |
| 4 | Kanada | 4 | Storbritannien |
| 5 | Storbritannien | 5 | Kanada |
| 6 | Tyskland | 6 | Sverige |
| 7 | Sverige | 7 | USA |
| 8 | USA | 8 | Tyskland |
| 9 | Norge | 9 | Spanien |
| 10 | Spanien | 10 | Norge |
| 11 | Italien | 11 | Österrike |
| 12 | Österrike | 12 | Italien |
| 13 | Nya Zeeland | 13 | Nya Zeeland |

Tabell 21b. Svensk relativ användning av läkemedel mot våt AMD

| | Sveriges placering i fråga om DDD | Svensk användning som procent av genomsnittet för EU5 | Svensk användning som procent av genomsnittet för alla länder |
|------|-----------------------------------|---|---|
| 2013 | 7 | 85 % | 82 % |
| 2009 | 6 | | |

3.3 Sammanfattning av resultaten per behandlingsområde

I följande tabeller och diagram sammanfattas resultaten för alla läkemedelsklasser som ingår i studien. Den svenska användningen jämförs med den genomsnittliga användningen i EU5 respektive alla jämförda länder.

Tabell 22. Klasser av läkemedel där den svenska *placeringen* visar att användningen antingen har ökat eller är oförändrad mellan 2008/2009 och 2012/2013

| | Svensk placering år 2009 | Svensk placering år 2013 | Svensk användning som procent av alla länders användning år 2013 |
|--|--------------------------|--------------------------|--|
| Cancerläkemedel 0–5 år gamla | 7 | 6 | 101 % |
| Cancerläkemedel 6-10 år | 10 | 8 | 83 % |
| Cancerläkemedel, mer än 10 år | 8 | 5 | 109 % |
| Hormonella cancerläkemedel | 7 | 3 | 149 % |
| Andra generationens antipsykotiska läkemedel | 12 | 12 | 63 % |
| Demens | 7 | 6 | 100 % |
| Multipel skleros | 6 | 4 | 127 % |
| Osteoporos | 12 | 12 | 68 % |
| Peginterferon mot Hepatit C | 7 | 7 | 102 % |
| Andnödssyndrom | 10 | 10 | 59 % |

* Baserat på den tid som gått sedan den brittiska lanseringen i mars 2009 för data som avser 2008/2009 och i mars 2013 för data som avser 2012/2013.

Tabell 23. Klasser av läkemedel där den svenska *placeringen* visar att användningen har minskat mellan 2008/2009 och 2012/2013

| | Svensk placering år 2009 | Svensk placering år 2013 | Svensk användning som procent av alla länders användning år 2013 |
|--|--------------------------|--------------------------|--|
| Statiner | 10 | 13 | 57 % |
| Akut MI | 5 | 11 | 44 % |
| TNF-hämmande läkemedel (TNF-alfahämmare och andra läkemedel) | 3 | 5 | 147 % |
| Våt AMD | 6 | 7 | 82 % |

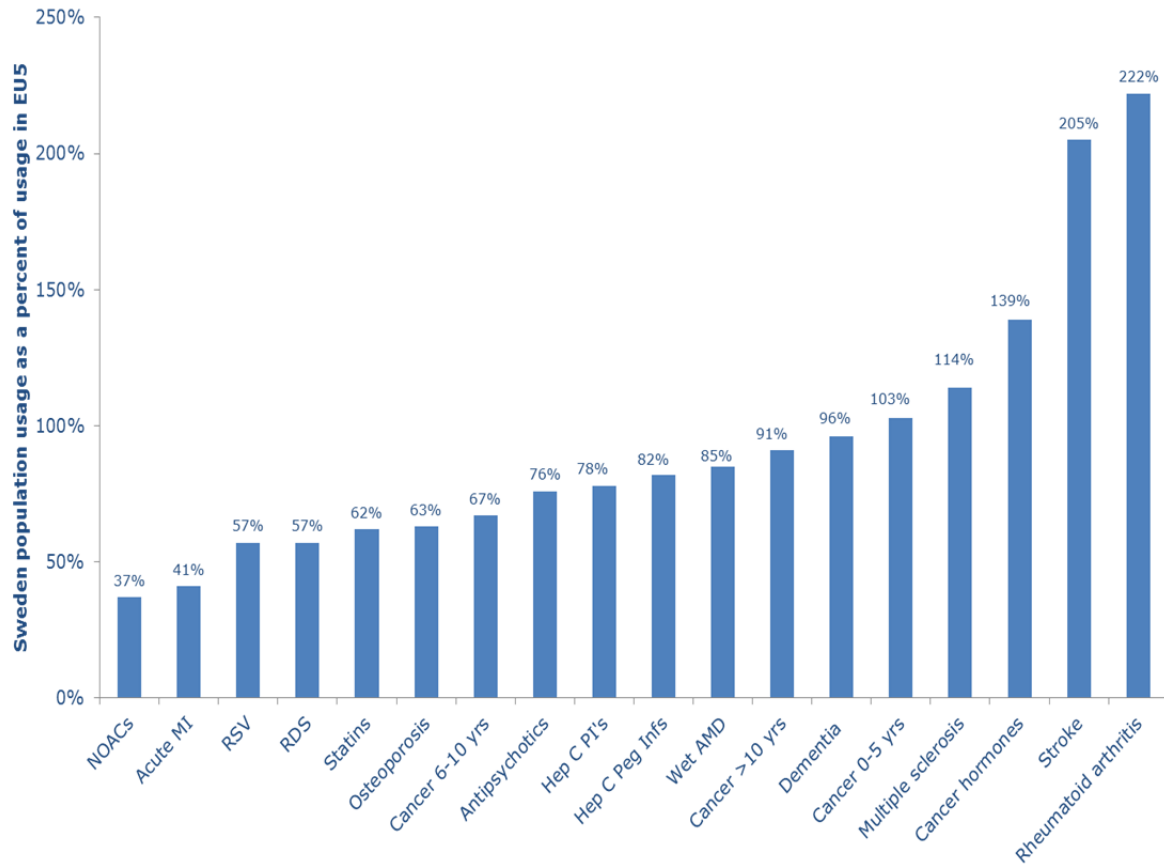
* Baserat på den tid som gått sedan den brittiska lanseringen i mars 2009 för data som avser 2008/2009 och i mars 2013 för data som avser 2012/2013.

Tabell 24. Underklasser där en jämförelse inte kan göras mellan 2008/2009 och 2012/2013

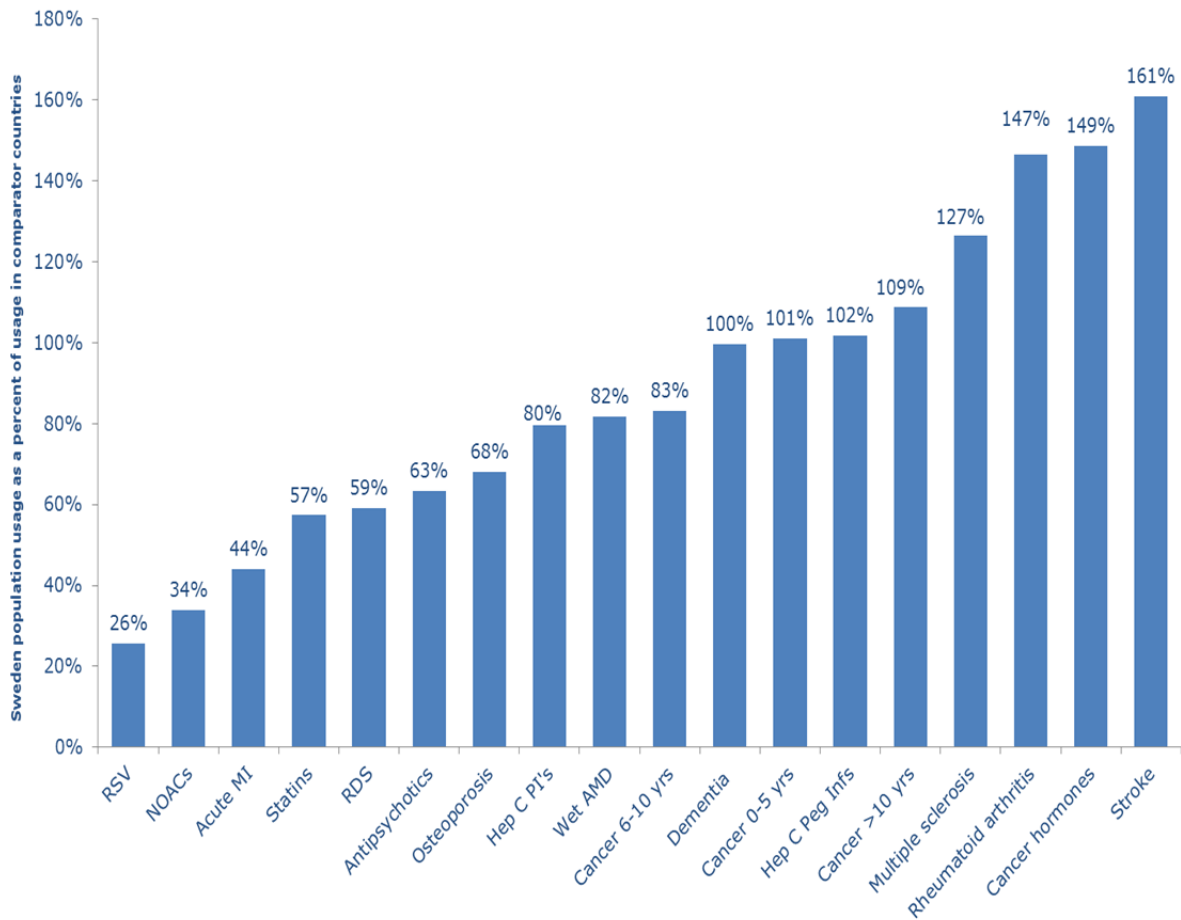
| | Svensk placering år 2013 | Svensk användning som procent av alla länders användning år 2013 |
|------------------------------|--------------------------|--|
| NOAC | 9 | 34 % |
| Proteashämmare mot hepatit C | 9 | 80 % |

I diagram 2 visas svensk användning i jämförelse med EU5-länderna (Tyskland, Frankrike, Italien, Spanien och Storbritannien) under 2012/2013. Under 2012/2013 var den svenska användningen i jämförelse med det genomsnittliga värdet för EU5 under riktmärket på 100 procent i 13 av 18 läkemedelsklasser och över 100 procent i 5 klasser.

Diagram 2: Svensk användning som procent av den genomsnittliga användningen för EU5



I diagram 3 görs samma jämförelser, men mellan Sverige och genomsnittet för alla 13 länder. Under 2012/2013 var användningen i Sverige under det internationella riktmärket i 10 av 18 klasser av läkemedel, och på samma nivå som eller över riktmärket i övriga 8 klasser.

Diagram 3: Svensk användning som procent av genomsnittet för alla länder

Bilden av svensk användning är blandad när det gäller olika klasser av läkemedel. I de flesta klasserna är användningen lägre än de två internationella genomsnitten. Samtidigt som exempelvis användningen av kardiovaskulära läkemedel är låg internationellt sett uppgår användningen av cancerläkemedel emellertid nästan till den internationella nivån eller är t.o.m. högre än denna.

Källor

European Pharmaceutical Marketing Research Association, 2014. *EphMRA Anatomical Classification (ATC and NFC)*. Manchester: European Pharmaceutical Marketing Research Association. Finns att läsa på: <http://www.ephmra.org/Classification>

Nolte, E. and Corbett, J., 2014. *International variation in drug usage. An exploratory analysis of the "causes" of variation*. Cambridge: RAND Europe. Finns att läsa på: http://www.international-comparisons.org.uk/RAND_RR899.pdf

OECD, 2013. *Health at a glance 2013: OECD indicators*. Paris: Finns att läsa på: <http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>

O'Neill, P. and Sussex, J., 2014. *International comparison of medicines usage: quantitative analysis*. London: Association of the British Pharmaceutical Industry. Finns att läsa på: <http://www.abpi.org.uk/our-work/library/industry/Pages/261014.aspx>

Richards, M., 2010. *Extent and causes of international variations in drug usage. A report for the Secretary of State for Health by Professor Sir Mike Richards CBE*. London: Department of Health. Finns att läsa på: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/216249/dh_117977.pdf

WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology, 2014. *DDD definitions*. Oslo: WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Finns att läsa på: http://www.whocc.no/ddd/definition_and_general_considera/#DDDs

Bilaga 1: Riktmärke avseende användning av HIV- och diabetesläkemedel 2012/2013

ABPI och LIF beställde analys av dessa två läkemedelsklasser – HIV och diabetes – eftersom storsäljande läkemedel har lanserats på båda dessa områden sedan analysen i Richardsrapporten genomfördes. I tabellerna A1a och A1b presenteras resultaten för HIV-läkemedel.

När det gäller diabetesläkemedel, som presenteras i tabellerna A2a och A2b, har två nya läkemedelsklasser införts sedan 2009. Dessa är DPP-4-hämmare (dipeptidylpeptidas-4-hämmare) och GLP-1 (glukagon-lik peptid-1) och resultaten för dessa presenteras för sig och inte i anslutning till andra diabetesläkemedel. Insuliner presenteras också för sig eftersom deras användning skiljer sig från användningen av andra diabetesläkemedel.

Användningen av HIV-läkemedel är relativt låg i Sverige. Detsamma gäller användningen av nya diabetesläkemedel, men användningen av insuliner är högre än det internationella genomsnittet.

Tabell A1a. Placering avseende användning av HIV-läkemedel

| Placering år 2013 | Land |
|----------------------|----------------|
| 1 | Spanien |
| 2 | USA |
| 3 | Schweiz |
| 4 | Frankrike |
| 5 | Italien |
| 6 | Storbritannien |
| 7 | Kanada |
| 8 | Australien |
| 9 | Tyskland |
| 10 | Norge |
| 11 | Österrike |
| 12 | Sverige |
| 13 | Nya Zeeland |

Tabell A1b. Svensk relativ användning av HIV-läkemedel

| | Sveriges placering i fråga om DDD | Svensk användning som procent av genomsnittet för EU5 | Svensk användning som procent av genomsnittet för alla länder |
|------|--------------------------------------|---|---|
| 2013 | 12 | 46 % | 56 % |

Tabell A2a. Placering avseende användning av diabetesläkemedel

| Land | Placering för insuliner | Land | Placering för andra diabetesläkemedel | Land | Placering för DPP-4-hämmare och GLP-1 |
|----------------|-------------------------|----------------|---------------------------------------|----------------|---------------------------------------|
| Tyskland | 1 | Spanien | 1 | Italien | 1 |
| Sverige | 2 | Storbritannien | 2 | Spanien | 2 |
| USA | 3 | Italien | 3 | Frankrike | 3 |
| Kanada | 4 | Nya Zeeland | 4 | Tyskland | 4 |
| Storbritannien | 5 | Frankrike | 5 | Schweiz | 5 |
| Australien | 6 | USA | 6 | Österrike | 6 |
| Norge | 7 | Australien | 7 | USA | 7 |
| Spanien | 8 | Kanada | 8 | Norge | 8 |
| Frankrike | 9 | Österrike | 9 | Kanada | 9 |
| Nya Zeeland | 10 | Tyskland | 10 | Australien | 10 |
| Italien | 11 | Schweiz | 11 | Storbritannien | 11 |
| Österrike | 12 | Norge | 12 | Sverige | 12 |
| Schweiz | 13 | Sverige | 13 | Nya Zeeland | 13 |

Tabell A2b. Svensk relativ användning av diabetesläkemedel

| | Sveriges placering i fråga om DDD | Svensk användning som procent av genomsnittet för EU5 | Svensk användning som procent av genomsnittet för alla länder |
|-----------------------------------|-----------------------------------|---|---|
| 2013 DPP-4-hämmare och GLP-1 | 12 | 10 % | 18 % |
| 2013 insuliner | 2 | 134 % | 136 % |
| 2013 andra läkemedel mot diabetes | 13 | 31 % | 40 % |

Bilaga 2: Förteckning över läkemedel som ingår i analysen

| Behandlingsområde | I Richardsrapporten 2010 | Tillägg |
|---|--------------------------|-------------------|
| Akut myokardinfarkt | Reteplas | Urokinas |
| | Tenekteplas | |
| | Streptokinas | |
| Alzheimers sjukdom | Donepezil | |
| | Galantamin | |
| | Memantin | |
| | Rivastigmin | |
| | Takrin | |
| Hepatit C | Peginterferon alfa-2a | Boceprevir |
| | Peginterferon alfa-2b | Entecavir |
| Multipel skleros | Glatirameracetat | |
| | Interferon beta-1a | |
| | Interferon beta-1b | |
| | Natalizumab | |
| Osteoporos | Alendronsyra | Denosumab |
| | Klodronsyra | Ipriflavon |
| | Etidronsyra | Neridronsyra |
| | Ibandronsyra | Tiludronsyra |
| | Pamidronsyra | |
| | Paratyroidhormon | |
| | Raloxifen | |
| | Risedronsyra | |
| | Strontiumranelat | |
| | Teriparatid | |
| | Zoledronsyra | |
| Andnödssyndrom | Beraktant | |
| | Kalfaktant | |
| | Poraktant alfa | |
| | Surfaktant (bovin) | |
| Respiratoriskt syncytialvirus | Palivizumab | |
| TNF-hämmande läkemedel (TNF-alfahämmare och andra läkemedel) | Abatacept | Certolizumabpegol |

| | | |
|--|------------------------|-----------------------|
| | Adalimumab | Golimumab |
| | Anakinra | Kanakinumab |
| | Etanercept | Belimumab |
| | Infliximab | |
| | Rituximab | |
| | Tocilizumab | |
| | | |
| Nya antipsykotiska läkemedel | Amisulprid | Asenapin |
| | Aripiprazol | Lurasidon |
| | Klozapin | |
| | Olanzapin | |
| | Paliperidon | |
| | Quetiapin | |
| | Risperidon | |
| | Sertindol | |
| | Ziprasidon | |
| | Zotepin | |
| | | |
| Statiner | Amlodipin/atorvastatin | Ezetimib/atorvastatin |
| | Atorvastatin | |
| | Ezetimib | |
| | Ezetimib/simvastatin | |
| | Fluvastatin | |
| | Lovastatin | |
| | Lovastatin/nikotinsyra | |
| | Pravastatin | |
| | Rosuvastatin | |
| | Simvastatin | |
| | Simvastatin | |
| | | |
| Stroke | Alteplas | Apixaban |
| | | Rivaroxaban |
| | | Dabigatranetexilat |
| | | |
| Fuktig åldersrelaterad makuladegeneration | Anekortav | Aflibercept |
| | Pegaptanib | |
| | Ranibizumab | |
| | Verteporfin | |

Cancerläkemedel

I Richardsrapporten 2010:

| Cancer- läkemedel 0–5 år* | Cancer- läkemedel 6–10 år* | Cancerläkemedel, mer än 10 år gamla | Hormonella cancerläkemedel |
|---------------------------------|----------------------------------|--|-------------------------------|
| Bevacizumab | Alemtuzumab | Kalciumfolinat + kalciumlevofolinat | Abarelix |
| Bortezomib | Bexaroten | Karboplatin | Anastrozol |
| Cancerläkemedel | Capecitabin | Karmustin | Bikalutamid |
| Cetuximab | Läkemedels- molekyl | Klorambucil | Bikalutamid + goserelin |
| Dasatinib | Ibandronsyra | Cisplatin | Buserelin |
| Erlotinib | Imatinib | Cyklofosamid | Cyproteron |
| Lapatinib | Oxaliplatin | Docetaxel | Exemestan |
| Lenalidomid | Rituximab | Doxorubicin | Flutamid |
| Nilotinib | Tegafur | Epirubicin | Fulvestrant |
| Panitumumab | Tegafur uracil | Etoposid | Gonadorelin |
| Pemetrexed | Trastuzumab | Fludarabin | Goserelin |
| Sorafenib | Zoledronsyra | Fluorouracil | Goserelin + ikalutamid |
| Sunitinib | | Gemcitabin | Letrozol |
| Temsirolimus | | Hydroxikarbamid | Leuprorelin |
| Talidomid | | Idarubicin | Nafarelin |
| Trabectedin | | Ifosfamid | Nilutamid |
| | | Irinotecan | Tamoxifen |
| | | Ifosfamid + mesna | Triptorelin |
| | | Lanreotid | |
| | | Mitoxantron | |
| | | Oktreotid | |
| | | Paclitaxel | |
| | | Pamidronsyra | |
| | | Raltitrexed | |
| | | Temozolomid | |
| | | Topotekan | |
| | | Vinkristin | |
| | | Vinorelbin | |

Tillägg:

| Cancer-läkemedel 0–5 år* | Cancer-läkemedel 6–10 år* | Cancer-läkemedel, mer än 10 år gamla | Cancer-läkemedel, mer än 10 år gamla | Hormonella cancer-läkemedel |
|--------------------------|---------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------|
| Abirateronacetat | Arsenik | Alemtuzumab | Irinotecan | Abarelix |
| Aflibercept | Bevacizumab | Amsakrin | Ifosfamid + mesna | Anastrozol |
| Aminolevulinsyra | Bortezomib | Bexaroten | Lanreotid | Bikalutamid |
| Axitinib | Busulfan | Bleomycin | Lomustin | Bikalutamid + goserelin |
| Azacitidin | Cetuximab | Kalciumfolinat + kalciumlevofofinat | Melfalan | Buserelin |
| Bendamustin | Kladribin | Kalciumlevofofinat | Merkaptopurin | Cyproteron |
| Brentuximab Vedotin | Klofarabin | Capecitabin | Mitomycin | Exemestan |
| Cabazitaxel | Dasatinib | Karboplatin | Mitoxantron | Flutamid |
| Katumaxomab | Daunorubicin | Karmustin | Nafarelin | Fulvestrant |
| Crizotinib | Erlotinib | Klorambucil | Oktreotid | Goserelin |
| Decitabin | Ibritumomab Tiuxetan | Cisplatin | Oxaliplatin | Letrozol |
| Eribulin | Lenalidomid | Klodronsyra | Paclitaxel | Leuprorelin |
| Everolimus | Aminolevulinsyra | Cyklofosfamid | Pamidronsyra | Nilutamid |
| Gefitinib | Mitotan | Cytarabin | Pentostatin | Tamoxifen |
| Ipilimumab | Nelarabin | Dakarbazin | Porfimeratrium | Triptorelin |
| Lapatinib | Pemetrexed | Docetaxel | Prokarbazin | Celecoxib |
| Nilotinib | Sorafenib | Doxorubicin | Raltitrexed | Degarelix |
| Ofatumumab | Sunitinib | Epirubicin | Rituximab | Dietylstilbestrol |
| Panitumumab | Temoporfin | Estramustin | Tegafur | Fosfestrol |
| Pazopanib | Vindesin | Etoposid | Tegafur uracil | Histrelin |
| Pertuzumab | | Fludarabin | Temozolomid | Medroxyprogesteron |
| Regorafenib | | Fluorouracil | Tioguanin | Megestrol |
| Ruxolitinib | | Gemcitabin | Topotekan | Polyestradiolfosfat |
| Tasonermin | | Gonadorelin | Trastuzumab | Toremifen |
| Temsirolimus | | Goserelin + bikalutamid | Treosulfan | |
| Talidomid | | Hydroxikarbamid | Tretinoin | |
| Tiotepa | | Ibandronsyra | Vinblastin | |
| Trabectedin | | Idarubicin | Vinkristin | |
| Vandetanib | | Ifosfamid | Vinorelbin | |
| Vemurafenib | | Imatinib | Zoledronsyra | |
| Vinflunin | | | | |

