

Konsekvenserne ved alternative prismodeller for apoteksmedicin

Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Oktober 2025



Prissystemet på apoteksmedicin er central for at sikre danskerne hurtig adgang til ny, effektiv medicin og samtidig holde regionernes udgifter til tilskudsmedicin nede

Baggrund

Situationen

- Det fremgår af regeringens life science strategi, at det er en ambition at fremme brugen af nye og effektive lægemidler for at få mest mulig sundhed for pengene.
- Samtidig skal det sikres, at regionernes udgifter til tilskudsmedicin holdes nede.
- Flere lægemidler, der nu kommer på markedet, er til en højere pris og med mere sparsomt evidensgrundlag, som gør det svært at opnå tilskud.
- Alternative prismodeller kan benyttes til at opnå lavere priser eller dele risikoen ved ibrugtagning af nye lægemidler mellem det offentlige og virksomheden.
- Derudover er det forventningen, at mere behandling skal foregå tættere på borgerne i det nære sundhedsvæsen. Eksempelvis kan udvalgte behandlinger udlægges fra sygehuse til praksissektoren.

Opgaven

- På denne baggrund har Indenrigs- og Sundhedsministeriet bedt Implement Consulting Group om at udarbejde en fakta- og databaseret rapport, som kvantificerer effekterne af alternative prismodeller på apoteksmedicin, blandt andet i en situation, hvor mere behandling udlægges fra sygehus- til praksissektoren.
- Det er veldokumenteret, at alternative prismodeller kan bidrage til at forbedre adgang til ny og innovativ medicin, bl.a. som et redskab til at adresserer usikkerhed om medicinens effekt. Det er omvendt usikkert, hvilken effekt udbredelse af alternative prismodeller vil have på udgifterne i sundhedsvæsenet. Usikkerheden har hidtil udgjort en barriere for at igangsætte initiativer.
- Analysens formål er derfor at belyse de potentielle økonomiske konsekvenser ved at indføre alternative prismodeller på apoteksmedicin samt et andet relevant udgiftsreducerende greb.



Læsevejledning

Denne rapport består af følgende afsnit:

- **Ledelsesresumé** som opsummerer de vigtigste indsigter.
- **Opsummering af resultat** som opsummerer de vigtigste resultater.
- **Introduktion** som beskriver medicinudgifternes nuværende sammensætning og udvikling.
- **Effektanalyse** som består af følgende delafsnit:
 - Analyse af effekterne ved alternative prismodeller for lægemidler.
 - Analyse af effekterne ved udlægning af behandling fra sygehus- til praksissektoren.
 - Analyse af effekterne ved andre udgiftsreducerende greb.
 - Analyse af effekterne ved forskellige kombinationer af ovenstående løsninger.



Indhold

01	Forord	2
02	Ledelsesresumé	4
03	Introduktion	14
04	Effektanalyser	21
05	Bilag	69



2

Ledelsesresumé

Konsekvenserne ved alternative prismodeller for apoteksmedicin

Fire hovedbudskaber

Baggrund | Sikre mest mulig sundhed for pengene

- Regeringen har med sin life science-strategi en ambition om at fremme brugen af nye og effektive lægemidler for at sikre mest mulig sundhed for pengene.
- Samtidig er udgifterne til medicin steget med en årlig vækstrate på 6% fra 2020 til 2024. Stigningen er særligt drevet af udviklingen i udgifterne til apoteksmedicin.
- Ovenstående udvikling presser regionernes budgetter, hvorfor det er vigtigt at sikre styringsredskaber, så regionernes udgifter til tilskudsmedicin ikke stiger ukontrolleret i fremtiden.

Kernespørgsmål

- Et centralt spørgsmål er således, om implementeringen af alternative prismodeller for apoteksmedicin og udlægning af behandlinger har en effekt på regionernes udgiftsudvikling. Hertil om alternative prismodeller kan understøtte mest mulig sundhed for pengene.
- Det er disse spørgsmål, denne analyse fokuserer på. På denne og næste side præsenteres rapportens hovedbudskaber, som efterfølges af et afsnit, der gennemgår de kvantificerede effekter.

Hovedbudskab 1 | Erstatte man den nuværende prismodel på apoteksmedicin med en ny prismodel (f.eks. en rabatmodel), vil de regionale tilskudsudgifter stige, mens patienternes egenbetaling vil falde for udvalgte lægemidler

- Denne rapport kvantificerer de budgetmæssige effekter ved at implementere en af tre alternative prismodeller frem for den nuværende prismodel. Den tværgående konklusion er, at ingen af de tre alternative prismodeller vil reducere regionernes medicinudgifter.
- Erstatte man den nuværende prismodel med en rabatmodel, pris-volumen model eller abonnementsmodel for lægemidler med lav konkurrence, vil ekspeditionsprisen falde med ca. 2-8 kr. pr. defineret døgndosis (DDD). Dette er umiddelbart positivt for budgetudgifterne.
- Imidlertid antager analysen, at lægemiddelsproducenterne har incitament til at indgå i en forhandling om en alternative prismodeller, hvis deres lægemiddel tildes tilskud. Formålet er at øge deres markedsandel for lægemidlet så meget, at det opvejer den lavere pris.
- Implikationen ved ovenstående to effekter er, at regionernes samlede tilskudsudgifter vil stige med mellem 0,8-1,1 mia. kr. Hertil vil patienternes egenbetaling falde med mellem 1,3-1,4 mia. kr. afhængig af hvilken prismodel, der implementeres.
- Ovenstående betyder, at regionernes besparelse fra prisrabatten opvejes af den øgede udgift til nye tilskud til lægemidler. Dette er parallelt med, at nye tilskud medfører en lavere egenbetaling for borgerne. Samtidig vil tilskud til flere lægemidler til den rette pris medføre mere sundhed for pengene.
- Sensitivitetsanalysen viser dog, at de alternative prismodeller sandsynligvis med fordel kan målrettes enkelte lægemidler, hvor potentialet for besparelser er størst. Ved at fjerne de tre største udgiftsdrivende produkter fra den identificerede gruppe af lægemidler kan både regionerne og patienterne opnå en besparelse. Regionerne vil opnå en besparelse, da prisreduktionen fra rabatten nu er større end udgiften til nye tilskud.

Hovedbudskab 2 | Udlægning af behandlinger og den tilknyttede medicin vil øge de regionale medicinudgifter, og medføre egenbetaling for patienterne

- Indenrigs- og Sundhedsministeriet samt Sundhedsstyrelsen har identificeret behandlinger, som det potentielt kan være fagligt relevant at udlægge.
- En udlægning af disse behandlinger til praksissektoren vil medføre, at udleveringen af de tilknyttede lægemidler skal ske via apotekerne. Dette vil ændre forholdene for prissætning af disse lægemidler, da de nu vil blive indkøbt af apotekerne via deres prismodel i stedet for gennem Amgros, som er regionernes indkøbsorganisation for lægemidler til sygehusene. I de fleste tilfælde vil dette medføre højere priser, da lægemidlerne indkøbes til højere listepreiser i stedet for til Amgros' forhandlede, ikke-offentlige pris.
- Konkret betyder det, at regionerne går fra at dække alle medicinudgifterne til kun at dække det regionale tilskud til de udlagte lægemidler. Derudover medfører udlægning af behandlingerne også en egenbetaling på de tilknyttede lægemidler for patienterne.
- Budgetmæssigt vil udlægningen af udvalgte behandlinger og tilhørende lægemidler øge de regionale medicinudgifter med ca. 1,5 mia. kr. og patienternes egenbetaling med 0,3 mia. kr.
- Udlægning af behandling vil til gengæld formentlig medføre en øget behandlingskapacitet, som kan komme patienterne til gavn.

Konsekvenserne ved alternative prismodeller for apoteksmedicin

Fire hovedbudskaber

Hovedbudskab 3 | Implementerer man et udgiftsreducerende greb, hvor apotekerne køber lægemidler ind via Amgros, er det muligt at reducere de regionale udgifter

- Et andet muligt udgiftsreducerende greb er blevet undersøgt som alternativ til de tre alternative prismodeller. Dette greb kan hjælpe med at reducere de regionale tilskudsudgifter til apoteksmedicin.
- Det effektfulde greb er at lade apotekerne købe specifikke lægemidler ind via Amgros, hvor der indkøbes store mængder på både sygehusene og apotekerne, men hvor apotekerne køber dyrere ind i dag. Hvis indkøbet af disse lægemidler bliver foretaget til Amgros' lavere, forhandlede priser i stedet for via den nuværende prismodel, vil de regionale tilskudsudgifter falde med op til ca. 11 mio. kr. Det er under den antagelse, at borgeren oplever en uændret ekspeditionspris, hvorfor hele besparelsen tilfalder regionerne.
- Udgiftseffekten skyldes, at Amgros' indkøbspriser er lavere end de tilsvarende listepreiser for apotekerne i dag.

Hovedbudskab 4 | Udlægning af udvalgte lægemidler og indkøb via Amgros er den kombination, hvor regionernes udgifter og patienternes egenbetalinger stiger mindst

- Der eksisterer ikke en kombination af de tre udvalgte alternative prismodeller, udgiftsreducerende greb og udlægning af behandling, der både reducerer regionernes udgifter og patienternes egenbetaling.
- Dog er det muligt at opnå en mindre stigning i regionernes medicinudgifter på ca. 0,2 mia. kr. Dette kan ske, hvis apotekerne kan indkøbe udvalgte lægemidler til udlagte behandlinger via Amgros til de lavere priser, der er i dag er opnået på sygehusene.
- Imidlertid medfører denne model, at patienternes egenbetaling vil stige med ca. 0,15 mia. kr. På trods af, at apotekerne indkøber til samme pris, som på sygehusene, stiger de regionale medicinudgifter. Dette skyldes, at apotekerne står for udlevering af lægemidlerne i primærsektoren og dermed, at ekspeditionsprisen indeholder apotekernes bruttoavance, som skal fordeles mellem regionen og borgerne.
- Implementerer man i stedet en af de tre udvalgte alternative prismodeller til indkøb af ovenstående lægemidler, vil de regionale medicinudgifter stige med omkring 1,1 mia. kr. Dette er endda, hvor patienternes egenbetaling stiger med ca. 0,25 mia. kr.



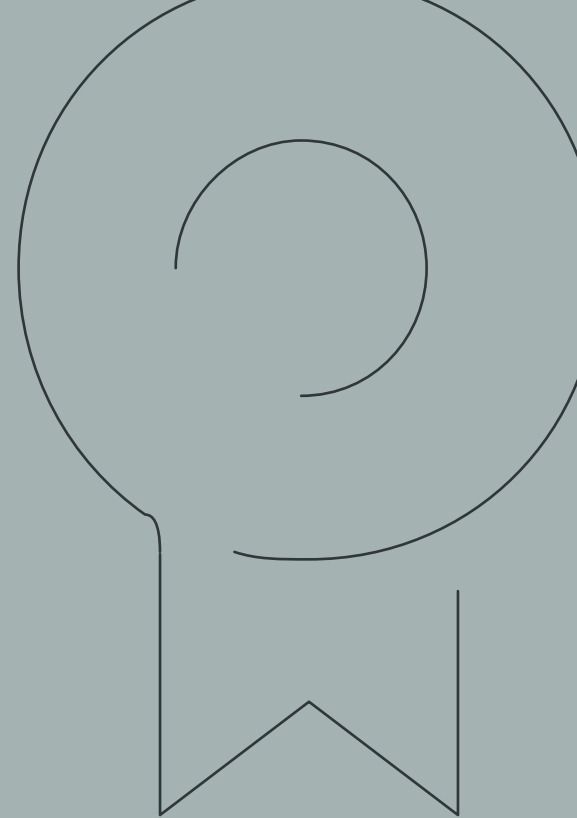
I de efterfølgende afsnit præsenteres effekterne ved analysen med tilhørende følsomhedsberegninger:

- Først beregnes tiltagenes isolerede effekter.
- Sidst beregnes tiltagenes effekter i forskellige kombinerede løsninger.

Alle beregninger er foretaget i bagvedliggende udgiftsmodel baseret på data fra Sundhedsdatastyrelsen og i tæt samarbejde med styrelsen samt Indenrigs- og Sundhedsministeriets eksperter.



Opsummering af
resultater



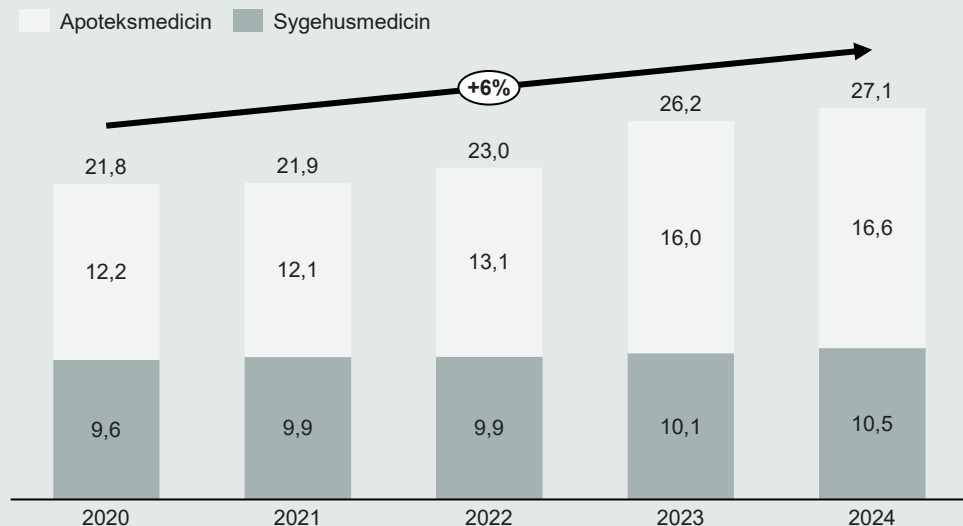
Udgifterne til medicin i Danmark er stigende, og derfor undersøges forskellige tiltag for at sikre økonomisk bæredygtig adgang til medicin

Udgifterne til medicin i Danmark er stigende og er vokset med 6% om året fra 2020 til 2024

- De totale udgifter til medicin i Danmark i 2024 er 27 mia. kr.
- Udgifterne til apoteksmedicin udgør knap 17 mia. kr., hvoraf omtrent halvdelen er egenbetaling for patienten.
- De totale udgifter til apoteks- og sygehusmedicin er steget med 24% fra 2020 til 2024 svarende til en gennemsnitlig årlig vækst på 6%. Denne stigning er primært drevet af udviklingen i udgifterne til apoteksmedicin – særligt fra 2022 til 2023.

Udgifter til medicin på apoteker og sygehuse

Mia. kr., løbende priser



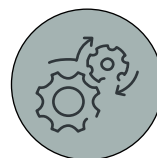
For at sikre en økonomisk bæredygtig adgang til ny og effektiv medicin undersøges effekterne af forskellige tiltag...



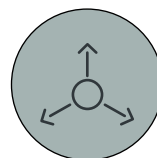
i) Alternative prismodeller for apoteksmedicin



ii) Udlægning af behandlinger og tilknyttet medicin fra sygehusene til primærsektoren



iii) Alternativt udgiftsreducerende greb



iv) Kombinerede løsninger af ovenstående tiltag

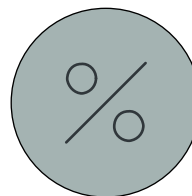
i) Ved anvendelse af en af de tre udvalgte alternativt prismetaller frem for den nuværende model stiger de regionale tilskudsudgifter, mens patienternes egenbetaling falder

Den nuværende prismetall for indkøb af apoteksmedicin bliver erstattet af alternativt prismetaller for lægemidler med ingen til lav konkurrence

- Den nuværende prismetall for apoteksmedicin er en "auktion" med lukkede bud, som afholdes hver 14. dag. Denne prismetall medfører potentielt ikke den pris, som er mest gunstig for patienten.
- Hvis et lægemiddel er under ingen til lav konkurrence, er der færre virksomheder til at konkurrere om prisen, og "auktionen" vil potentielt medføre en høj pris. Det betyder, at regionerne og borgerne potentielt kan opnå en lavere pris for disse lægemidler ved, at auktionsformen erstattes med en alternativ prismetall, hvor prisen bliver forhandlet mellem myndighederne og virksomhederne.
- Virksomhedernes incitament til at indgå i en forhandling om en alternativ prismetall vil være at opnå tilskud til deres lægemidler og derved give flere patienter adgang til deres lægemidler.
- Relevante lægemidler for en alternativ prismetall er identificeret som nye, dyre lægemidler uden generelt tilskud samt lægemidler, som undergår revurdering af deres tilskudsstatus. Disse lægemidler er under ingen til lav konkurrence.
- Indførelsen af en rabatmodel, en pris-volumen model eller en abonnementsmodel for de identificerede lægemidler vil, alt andet lige, reducere den vægtede gennemsnitlige ekspeditionspris med 2-8 kr. pr. definerede døgndoser (DDD) og øge forbruget med 9-28 mio. DDD sammenlignet med, hvis de identificerede lægemidler var prissat frit i det nuværende prissystem.¹ Regionernes samlede tilskudsudgifter vil, alt andet lige, stige med 758-1.123 mio. kr. og patienternes egenbetaling falde med 1.292-1.430 mio. kr. ved anvendelse af en alternativ prismetall frem for nuværende model.²
- De regionale tilskudsudgifter stiger, da effekten, ved at nye lægemidler tildeles tilskud og dermed i højere grad anvendes, er markant større end besparelsen ved prisrabatten. Samtidig reduceres borgernes egenbetaling, når de nye lægemidler får tildelt tilskud.
- Det bemærkes, at tilskud gives til lægemidler, hvor det vurderes, at der opnås mere sundhed for pengene. Samtidig har analysen ikke inkluderet den merværdi som nye behandlingsmuligheder bidrager til for patienterne og sundhedsvæsenet.

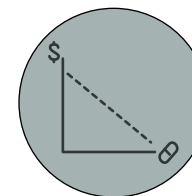
Tre alternativt prismetaller bliver estimeret

Rabatmodel



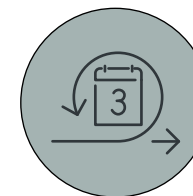
I rabatmodellen forhandles en flad rabat på prisen.

Pris-volumen model



Pris-volumen modellen kobler forbrug med pris, så prisen falder med et øget forbrug.

Abonnementsmodel



Abonnementsmodellen baseres på betaling af en fast pris eller "abonnement" til leverandøren mod adgang til ubegrænset forbrug.

De alternativt prismetaller ændrer medicinudgifterne og priserne

758-1.123 mio. kr.

øges de regionale tilskudsudgifter med afhængigt af den alternativt prismetall sammenlignet med nuværende model.

9-30%

reduceres ekspeditionsprisen med afhængigt af den alternativt prismetall sammenlignet med nuværende model.

1.292-1.430 mio. kr.

reduceres patientens egenbetaling med afhængigt af den alternativt prismetall sammenlignet med nuværende model.

9-28 mio. DDD

øges forbruget med afhængigt af den alternativt prismetall sammenlignet med den nuværende model.

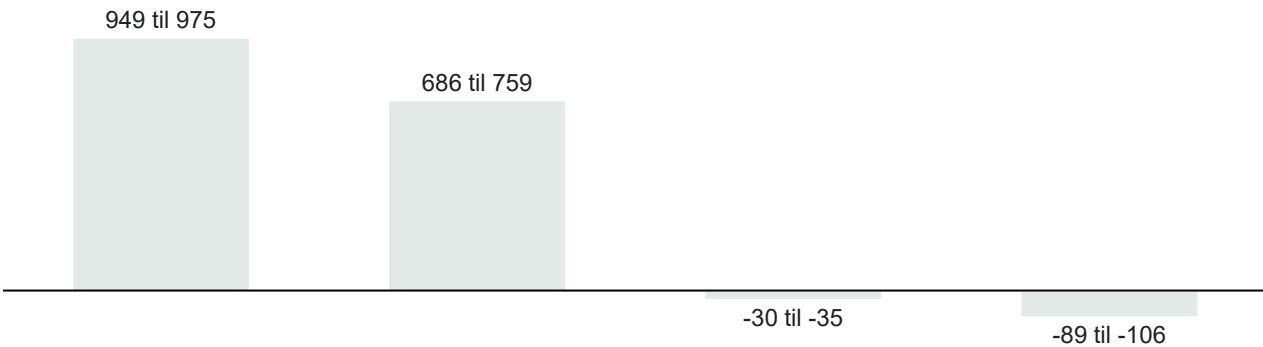
Note 1) Forbrugseffekten behandles nærmere i rapporten. På næste side præsenteres en sensitivitetsanalyse, hvor forbruget forbliver uændret ved en prisændring. 2) Optimalt vil tilskuddet være bestemt ud fra egenbetalingsloftet, men da analysen ikke benytter data på patientniveau, er denne udregning ikke mulig. Ved indførelsen af en alternativ prismetall vil et nyt lægemiddel uden eksisterende tilskud, som tildeles generelt tilskud for første gang, tildeles en tilskudsgrad svarende til det omsætningsvægtede gennemsnit af tilskudsgrader for lægemidler med generelt tilskud i den ATC-hovedgruppe, det nye lægemiddel tilhører. Lægemidler under revurdering, som allerede får tilskud, bevarer deres nuværende tilskuds- og egenbetalingsgrader i prismetallerne.
Kilde: Implement Economics baseret på Sundhedsdatastyrelsen (2025)

i) Sensitivitetsanalysen af alternative prismodeller viser, at det er få produkter, som driver ændringerne i de regionale tilskudsudgifter og patienternes egenbetaling

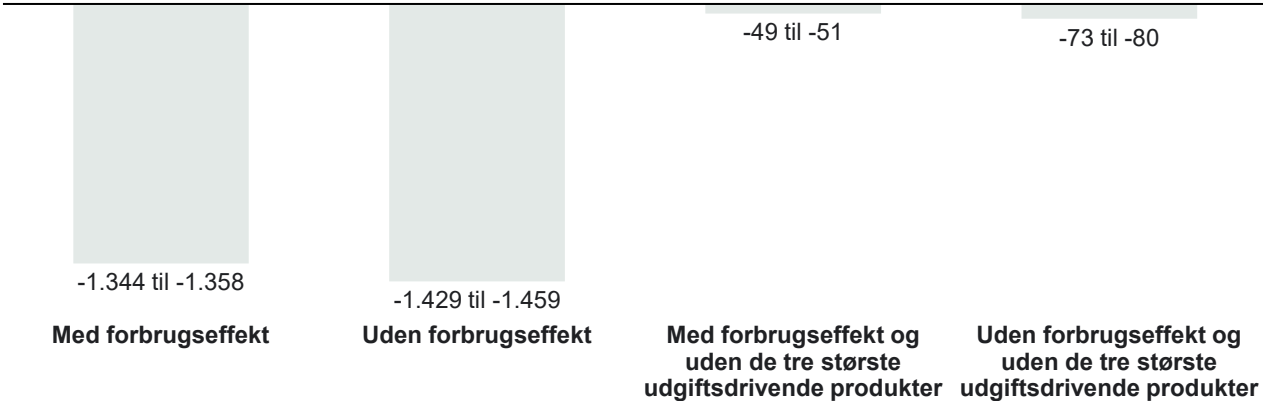
Forbrugseffekten har begrænset indflydelse, mens ændringerne i de regionale tilskudsudgifter og patienternes egenbetaling primært drives af få produkter

- I vores basisanalyse ('Med forbrugseffekt') antager vi, at forbruget af medicin stiger mindre end proportionalt ved et prisfald. Medicin er dog ofte en nødvendighed for patienterne, og derfor vil prisændringer kun i begrænset omfang påvirke deres forbrug.
- Ændringen i forbruget måles ved hjælp af en egenpriselasticitet. Elasticiteten angiver, hvor meget forbruger ændrer sig, når prisen stiger eller falder. Estimeringen af egenpriselasticiteter er forbundet med usikkerhed, da estimerne kan være påvirket af eksempelvis 'udeladt variabel bias', hvilket kan føre til skæve resultater.¹
- For at tage højde for usikkerheden estimeres et scenarie ('Uden forbrugseffekt'), hvor det antages, at forbruget er uændret ved en prisændring. I scenariet er ændringen i de regionale tilskudsudgifter 216-263 mio. kr. mindre i forhold til 'Med forbrugseffekt'. Samtidig reduceres egenbetalingen med yderligere 85-101 mio. kr. i forhold til 'Med forbrugseffekt' afhængigt af prismodellen.
- På tværs af de alternative prismodeller er det få produkter, som driver udviklingen i de regionale tilskudsudgifter og egenbetalingen. Dette belyses ved at udelade de tre største udgiftsdrivende produkter fra den identificerede gruppe af lægemidler i scenariet 'Med forbrugseffekt og uden de tre største udgiftsdrivende produkter'. I dette scenarie reduceres både de regionale tilskudsudgifter og egenbetalingen. De regionale tilskudsudgifter reduceres nu med 30-35 mio. kr., mens borgernes egenbetaling reduceres med 49-51 mio. kr., afhængigt af den alternative prismodel i forhold til den nuværende prismodel. Besparselsen ved den opnåede prisrabat er større end den øgede udgift til nye tilskud, og derfor falder de regionale tilskudsudgifter i forhold til den nuværende prismodel.
- I 'Uden forbrugseffekt og uden de tre største udgiftsdrivende produkter' antages det, at forbruget ikke ændrer sig ved en prisændring, og de tre største udgiftsdrivende produkter udelades fra den identificerede gruppe af lægemidler. De overordnede effekter er ens med 'Med forbrugseffekt og uden de tre største udgiftsdrivende produkter', men ændringerne er større, da effekten af udgifter til øgede forbrug er udeladt.

Ændring i **regionale tilskudsudgifter** (mio. kr.) ved anvendelse af alternative prismodeller (20% rabat) frem for den nuværende prismodel i fire scenarier



Ændring i **patienternes egenbetaling** (mio. kr.) ved anvendelse af alternative prismodeller (20% rabat) frem for den nuværende prismodel i fire scenarier



Note: Figurene viser ændringerne (mio. kr.) i henholdsvis de regionale tilskudsudgifter og patienternes egenbetaling for de identificerede lægemidler ved at anvende alternative prismodeller (rabat, pris-volumen eller abonnement) frem for den nuværende prismodel. Ændringerne er angivet i intervaller, som afhænger af hvilken alternativ prismodel, som benyttes. Hvert scenarie er individuelt og skal betragtes under forudsætningen 'alt andet lige'.

1) 'Udeladt variabel bias' betyder, at regressionen, som estimerer egenpriselasticiteterne, potentielt kan udelade forklarende variable, som kan have en effekt på ændringer i forbruget af medicin, når prisen ændrer sig. Dette bias kan føre til en overvurdering af elasticiteterne.

Kilde: Implement Economics baseret på Sundhedsdatastyrelsen (2025)

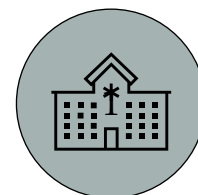
ii) Udlægning af behandlinger og tilknyttet medicin øger de regionale medicinudgifter og medfører en egenbetaling for patienterne

Udlægningen af behandlinger til praksissektoren medfører også en ændring i udleveringen af de tilknyttede lægemidler fra sygehus til apotek

- Det forventes generelt, at mere behandling skal foregå tættere på borgerne. For nogle sygehusbehandlinger er der sundhedsfagligt belæg for, at disse kan udlægges fra sygehusene til praksissektoren.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet samt Sundhedsstyrelsen har derfor identificeret nogle behandlinger, der potentielt kan være fagligt relevante at udlægge. Disse behandlinger foregår udelukkende på sygehusene, hvor patienterne i dag får udleveret medicinen vederlagsfrit.
- Udlægning af behandlingerne til praksissektoren medfører en ændring i udleveringen af tilknyttede lægemidler fra sygehusene til apotekerne. Dette ændrer forudsætningen for de lægemidler, der er tilknyttet de behandlinger, som skal udlægges, da de nu vil blive indkøbt af apoteket via den nuværende prismodel i stedet for gennem Amgros. I de fleste tilfælde vil dette medføre højere priser, da lægemidlerne nu indkøbes til listeprijs frem for til Amgros' forhandlede, ikke-offentliggjorte pris.
- Forbruget af lægemidlerne antages uændret ved udlægning af behandlingerne. Behandlingerne, som udlægges, omfatter sygdomme, hvor medicinen er nødvendig for borgeren og kræver en recept fra lægen. Samtidig er effekten af en eventuel øget behandlingsaktivitet i praksissektoren i forhold til sygehusene ikke medregnet.
- Derudover medfører udlægning af behandlingerne også en egenbetaling på de tilknyttede lægemidler for patienterne. Regionerne går fra at dække alle medicinudgifter til lægemidlerne til kun at dække det regionale tilskud. Hvis tilskudsgraden er høj, og prisen på lægemidlet stiger markant ved udlægning, kan de regionale medicinudgifter stige i forhold til, hvis behandlingen ikke bliver udlagt.
- Udlægningen af udvalgte behandlinger og tilhørende lægemidler øger de regionale medicinudgifter med 1.450 mio. kr. og patientens egenbetaling med 263 mio. kr., alt andet lige.
- Hvis den regionale tilskudsgrad reduceres til 75% for alle identificerede lægemidler tilknyttet behandlinger, som udlægges, reduceres de regionale medicinudgifter, og egenbetalingen stiger.¹

Udlægning af behandlinger og tilknyttet lægemidler

Før udlægning



Sygehus



Efter udlægning



Apotek

Udlægning af behandlinger og tilknyttede lægemidler ændrer medicinudgifterne og priserne sammenlignet med, hvis behandlingerne ikke bliver udlagt

1.450 mio. kr.

øges de regionale medicinudgifter med, hvis alle identificerede behandlinger udlægges.

263 mio. kr.

øges patientens egenbetaling med, hvis alle identificerede behandlinger udlægges.

Tilskudsgraden reduceres til 75% | Udlægning af behandlinger og tilknyttede lægemidler ændrer medicinudgifterne og priserne sammenlignet med, hvis behandlingerne ikke bliver udlagt

1.062 mio. kr.

øges de regionale medicinudgifter med, hvis alle identificerede behandlinger udlægges.

657 mio. kr.

øges patientens egenbetaling med, hvis alle identificerede behandlinger udlægges.

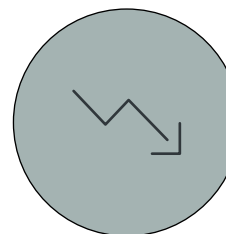
Note 1) Den regionale tilskudsgrad er fastsat til 90%, da de identificerede lægemidler er dyre og anvendes til behandling af kroniske sygdomme. De høje priser og det konstante forbrug ved kroniske sygdomme medfører opnåelse af fuldt regionalt tilskud på kort tid. I sensitivitetssanalysen reduceres tilskudsgraden til 75%. Optimalt vil tilskuddet være bestemt ud fra egenbetalingsloftet, men da analysen ikke benytter data på patientniveau er denne udregning ikke mulig. Tilskudsgraden er derfor fastsat ud fra en gennemsnitlig vurdering af tilskudsgraderne for andre sammenlignelige apotekslægemidler. Kilde: Implement Economics baseret på Sundhedsdatastyrelsen (2025)

iii) Et andet muligt udgiftsreducerende greb er at lade apotekerne indkøbe specifikke lægemidler via Amgros, hvilket kan reducere de regionale tilskudsudgifter

Ved at apotekerne kan indkøbe specifikke lægemidler via Amgros, kan der indkøbes medicin til lavere priser

- Et andet muligt udgiftsreducerende greb er blevet undersøgt som alternativ til de tre alternative prismodeller. Dette greb lader apotekerne indkøbe specifikke lægemidler via Amgros til de lavere priser, der er opnået på sygehusene i dag.
- Disse lægemidler har hver især et stort forbrug på både sygehusene og apotekerne, men prisen er markant lavere på sygehusene end på apotekerne.
- Ved dette greb antages det, at de specifikke lægemidler (stort forbrug og markant prisforskel) bliver indkøbt af apoteket via Amgros til samme pris, som Amgros har forhandlet på sygehusene.
- Dette greb er blevet kvantificeret i to scenarier.
- Hvis det antages, at borgeren oplever en lavere ekspeditionspris på baggrund af den lavere indkøbspris, som Amgros har forhandlet, vil patienten øge sit forbrug (forbrugseffekt). Dette vil medføre, at de regionale tilskudsudgifter og egenbetalingen stiger med henholdsvis op til 15 mio. kr. og 21 mio. kr. sammenlignet med, hvis apotekerne havde indkøbt lægemidlerne via den nuværende prismodel.
- Hvis det antages, at borgeren oplever en uændret pris, og forbruget derved er uændret, vil de regionale tilskudsudgifter falde med op til 11 mio. kr. sammenlignet med, hvis apotekerne havde indkøbt lægemidlerne via den nuværende prismodel. I dette scenarie går besparelsen derfor udelukkende til regionerne.

Grebet er kvantificeret for to scenarier



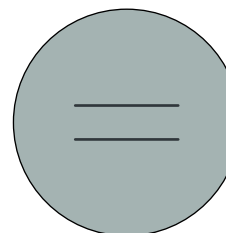
Med forbrugseffekt –
patienten oplever en
prisreduktion

12-15 mio. kr.

øges de regionale tilskudsudgifter
med afhængigt af prisforskellen mellem
sygehusene og apotekerne.

17-21 mio. kr.

øges patientens egenbetaling med
afhængigt af prisforskellen mellem
sygehusene og apotekerne.



Uden forbrugseffekt –
patienten oplever en
uændret pris

10-11 mio. kr.

reduceres de regionale tilskudsudgifter
med afhængigt af prisforskellen mellem
sygehusene og apotekerne.

Egenbetalingen er uændret.

iv) De kombinerede løsninger reducerer de regionale medicinudgifter og øger egenbetalingen

En alternativ prismodel anvendes til indkøb af lægemidler tilknyttet behandlinger, som udlægges

- I de kombinerede løsninger benyttes en scenariebaseret tilgang, hvor fire kombinationer estimeres.
- Kombination A, B og C indebærer, at en alternativ prismodel anvendes til indkøb af lægemidler tilknyttet behandlinger, der udlægges til praksissektoren. Dette betyder, at behandlingen udlægges, og de tilknyttede lægemidler kan indkøbes af apotekerne gennem en alternativ prismodel.
- Kombination A:** Rabatmodellen kombineres med lægemidler tilknyttet udlægning af behandlinger. Dette øger de regionale medicinudgifter med 1.104 mio. kr. og egenbetalingen med 244 mio. kr.
- Kombination B:** Pris-volumen modellen kombineres med lægemidler tilknyttet udlægning af behandlinger. Dette øger de regionale medicinudgifter med 1.192 mio. kr. og egenbetalingen med 254 mio. kr.
- Kombination C:** Abonnementsmodellen kombineres med lægemidler tilknyttet udlægning af behandlinger. Dette øger de regionale medicinudgifter med 1.104 mio. kr. og egenbetalingen med 244 mio. kr.¹
- I kombination D benyttes ikke en alternativ prismodel. I denne kombination kan apotekerne indkøbe lægemidler tilknyttet behandlinger til udlægning via Amgros. Det antages, at Amgros kan forhandle samme indkøbspris for apotekerne, som de kan for sygehusene.
- Kombination D:** Indkøbet af lægemidler tilknyttet behandlinger, som udlægges, kan indkøbes via Amgros. Dette øger de regionale medicinudgifter med 198 mio. kr. og egenbetalingen med 142 mio. kr. På trods af, at apotekerne indkøber til samme pris, som Amgros indkøber til på sygehusene, stiger de regionale medicinudgifter. Dette skyldes, at ekspeditionsprisen indeholder apotekernes bruttoavance, som skal fordeles mellem regionen og borgerne.

Fire kombinerede løsninger bliver estimeret

	Alternative prismodeller	Udlægning af behandling fra sygehus til praksissektor	Udgiftsreducerende greb
A	Rabatmodel (10% rabat)	Behandling A-F	
B	Pris-volumen	Behandling A-F	
C	Abonnement (10% rabat)	Behandling A-F	
D		Behandling A-F	Apoteksindkøb via Amgros

De fire kombinationer ændrer medicinudgifterne og egenbetalingen

198-1.192 mio. kr.
øges de regionale medicinudgifter med afhængigt af kombinationen.

142-254 mio. kr.
øges patienternes egenbetaling med, afhængigt af kombinationen.

Note 1) Bemærk, at effekterne er identiske i kombination A og C. I rabatmodellen under kombination A kan apotekernes indkøbspris pr. DDD variere, mens abonnementsmodellen i kombination C har en fast pris baseret på det årlige gennemsnit af apotekernes indkøbssum. Da apotekernes indkøbspris pr. DDD for de identificerede lægemidler tilknyttet behandlinger, som udlægges, ikke varierer gennem 2024, bliver den vægtede gennemsnitlige ekspeditionspris ens i modellerne, hvilket medfører identiske effekter i de to modeller.
Kilde: Implement Economics baseret på Sundhedsdatastyrelsen (2025)



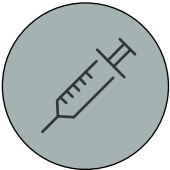
3

Introduktion

Formålet med dette afsnit er at give en overordnet introduktion til medicinudgifterne i Danmark med fokus på medicinudgifternes sammensætning og historiske udvikling. Dette udgangspunkt danner basis for de efterfølgende effektberegninger.

Udgifter til sygehusmedicin dækkes fuldt ud af regionerne, mens udgifter til tilskudsberettigede apoteksmedicin deles mellem regionerne og patienterne

Medicin i Danmark kan som udgangspunkt opdeles i medicin købt af patienten på apoteket og medicin anvendt på sygehuset. Der er imidlertid væsentlige forskelle i, hvordan medicin fra de to kanaler finansieres og indkøbes samt hvilken grad af konkurrence, de er udsat for. Disse elementer har alle effekt på de samlede medicinudgifter.

Medicintype	Finansiering	Indkøb	Indkøbskarakteristika
MEDICIN I DANMARK  Apoteksmedicin	For tilskudsberettigede lægemidler dækkes udgifterne delvist af borgeren via egenbetaling og delvist af regionerne via tilskud. Størrelsen på tilskuddet beregnes ud fra borgerens samlede udgifter til medicin over en 12-måneders periode, men egenbetalingen kan maksimalt udgøre 4.735 kr. Borgere kan opnå individuelle tilskud alt efter livssituation, socioøkonomisk status, mm. For lægemidler, der ikke er tilskudsberettiget, dækkes alle udgifter af patienten.	• Medicinleverandører indmelder listepriser på medicin til Lægemedelstyrelsen. • Hver 14. dag angiver leverandører af lægemidlet deres tilbudte pris i en "lukket budrunde". • Lægemidlet med den laveste pris inden for den pågældende substitutionsgruppe udbydes på apoteket.	• Der er relativ høj konkurrence mellem sælgere. • Produkterne er relativt homogene, så der kan substitueres mellem dem såfremt, der er flere udbydere. • Forbruget er relativt kontinuert.
 Sygehusmedicin	Alle udgifter til sygehusmedicin dækkes af regionerne, som en del af sygehusenes driftsbudgetter.	• Sygehusmedicin indkøbes centralt af regionernes indkøbsenhed Amgros.¹ • Amgros gennemfører udbud og indgår prisaftaler med leverandører på vegne af regionerne. • Aftalerne indgås med henblik på at opnå lavere priser og bedre vilkår.	• Amgros har en stærk indkøbs- og forhandlingsposition.² • Produkterne er relativt specialiserede. • Behandlingsbehov kan være svært at forudsige, hvilket skaber en risiko for både køber og sælger ift. aftalemængder og priser.

Note 1) Amgros står for 99% af indkøbet af sygehusmedicin ifølge en nylig opgørelse fra Sundhedsdatastyrelsen. 2) Det er en krævende proces for leverandører at komme ind på markedet. Medicinrådets vurdering af lægemidlets værdi (QALY) sætter Amgros i en stærk position ved prisforhandlingerne med leverandørerne. Medicinrådet kan overfor producenten vurdere, at effekten er for dyr til, at lægemidlet kan anbefales og ibrugtages, og derved presses prisen ned. Når effekten afspejles i prisen, vil Medicinrådet anbefale lægemidlet. Kilde: Lægemedelstyrelsen (2019)

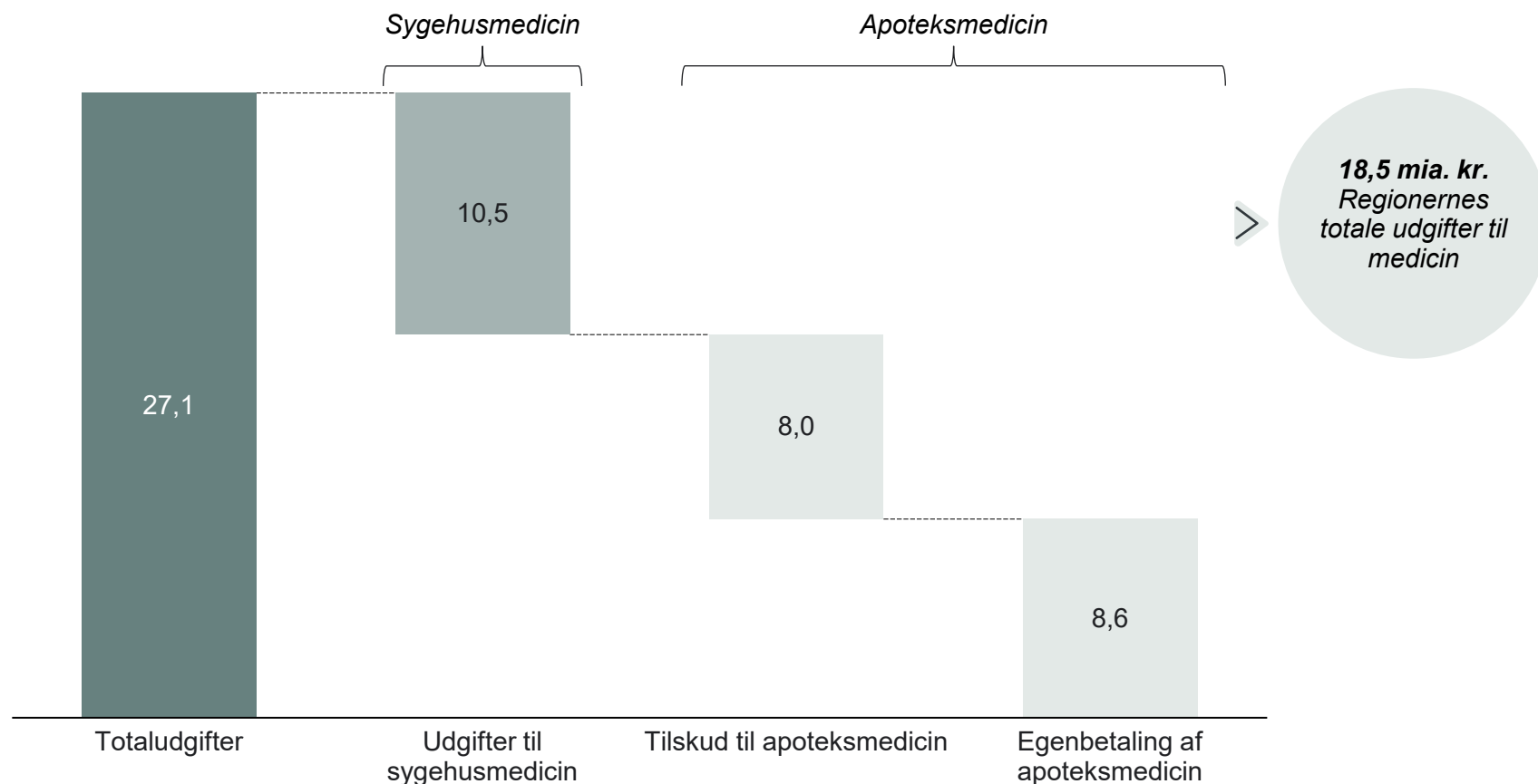
Introduktion

De samlede udgifter til medicin udgør 27,1 mia. kr. i 2024

- Udgifterne til sygehusmedicin udgør i 2024 10,5 mia. kr. ekskl. moms (39%), mens apoteksmedicin inkl. moms udgør 16,6 mia. kr. (61%) af de totale medicinudgifter i 2024.
- Regionernes totale udgifter udgør 18,5 mia. kr. (68%), hertil kommer 8,6 mia. kr., som er patienternes egenbetaling.
- Egenbetalingen fra patienter dækker både udgifter til køb af tilskudsberettigede og ikke-tilskudsberettigede lægemidler.

Totale udgifter til medicin i 2024

Mia. kr.



Note: Figuren viser de tre delkomponenter, som udgør den totale udgiftspost til medicin fordelt på udgifter til sygehusmedicin (ekskl. moms), tilskud til apoteksmedicin (inkl. moms) og egenbetaling (inkl. moms). Tilskud dækker over regionale tilskud inkl. apotekernes rabat på 1,72% til regionerne samt kommunale tilskud.
Kilde: Implement Economics baseret på Sundhedsdatastyrelsen (2025)

Introduktion

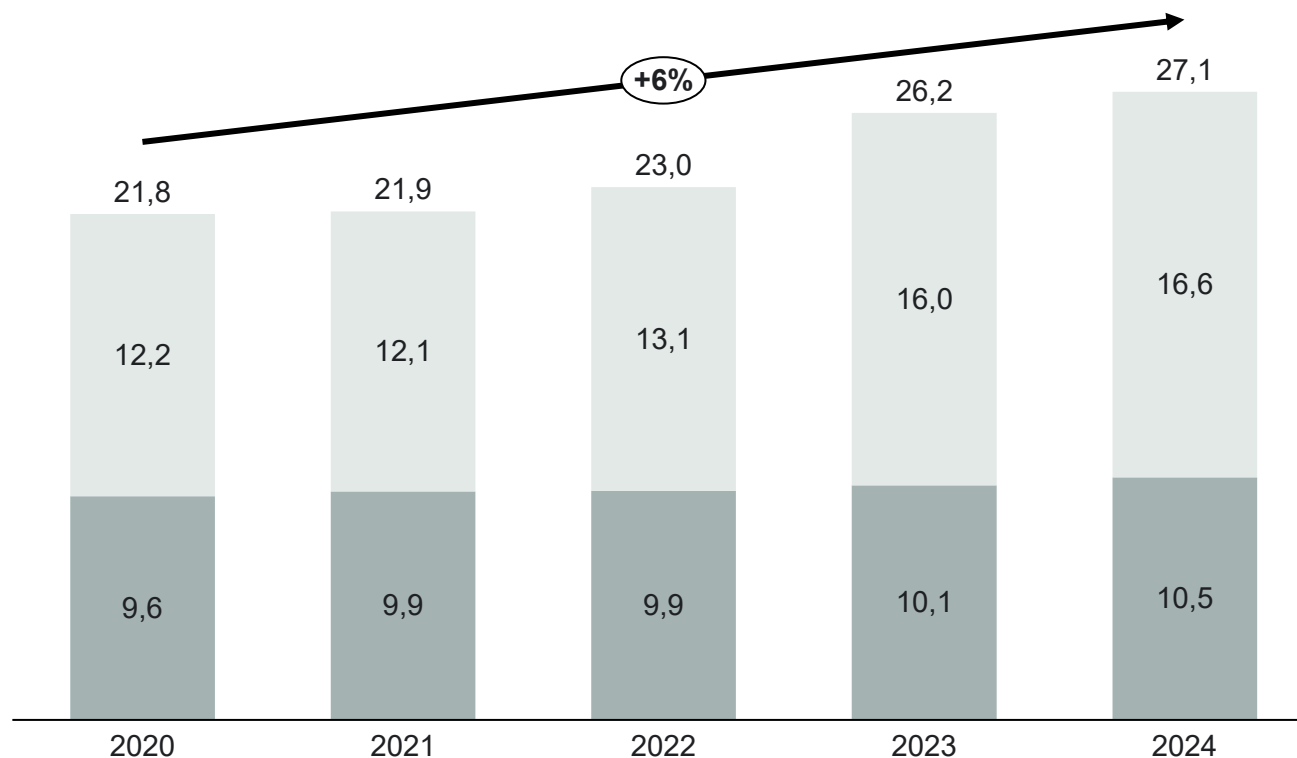
I perioden 2020-2024 er de samlede udgifter til medicin vokset med knap 24%

- De samlede medicinudgifter på nationalt plan for sygehus- og apoteksmedicin er i perioden fra 2020-2024 vokset med knap 5,3 mia. kr. fra 21,8 mia. kr. til 27,1 mia. kr. Det svarer til en samlet vækst på omtrent 24% eller en gennemsnitlig årlig vækst på godt 6%.
- I perioden 2020-2022 er udviklingen i udgifterne nogenlunde stabil omkring 22-23 mia. kr. Det er især året 2023, der driver udgiftsudviklingen til medicin, hvor de samlede udgifter stiger med 3,2 mia. kr. til en samlet udgiftspost på 26,2 mia. kr. Denne udvikling svarer til en årlig vækst på 14%.

Udgifter til medicin på apoteker og sygehuse

Mia. kr., løbende priser

Apoteksmedicin Sygehusmedicin



Note: Figuren viser den årlige udvikling i de samlede medicinudgifter fra 2020-2024 opgjort i løbende priser. Figuren præsenteres i løbende priser, da regionernes udgifter til medicin ikke PL-reguleres. Hver søjle er nedbrudt i to delkomponenter for hhv. apoteks- og sygehusmedicin for at vise udviklingen i såvel totalen som i delkomponenterne. Udgifter til sygehusmedicin er ekskl. moms, mens udgifter til apoteksmedicin er inkl. moms.

Kilde: Implement Economics baseret på Sundhedsdatastyrelsen (2025)

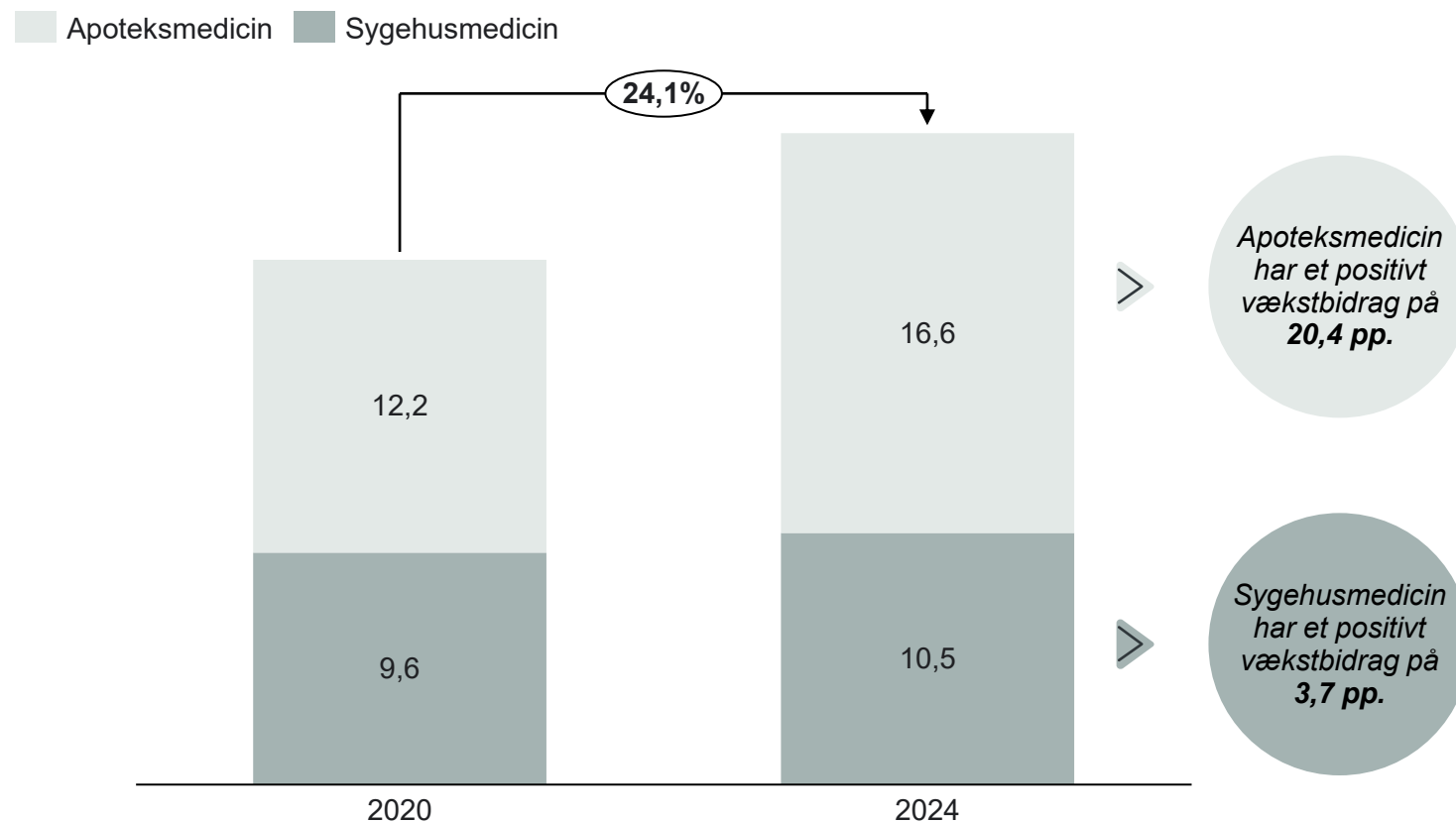
Introduktion

Stigningen i de samlede medicinudgifter er drevet af apoteksmedicin

- Udgifterne til apoteksmedicin, som inkluderer både tilskud og egenbetaling, er i perioden vokset med 4,4 mia. kr., mens udgifterne til sygehusmedicin i perioden er vokset med 0,9 mia. kr.
- De voksende udgifter til apoteksmedicin står for 20,4 procentpoint (pp) af væksten i de samlede udgifter og forklarer dermed langt størstedelen af den samlede vækst på 24,1%. Udgifterne til sygehusmedicin forklarer til sammenligning 3,7 procentpoint af væksten.
- Det høje vækstbidrag fra apoteksmedicin ses ved, at udgifterne til denne post udgør 61% af de samlede udgifter i 2024 mod 56% i 2020.

Udvikling i medicinudgifter mellem 2020 og 2024

Mia. kr., løbende priser



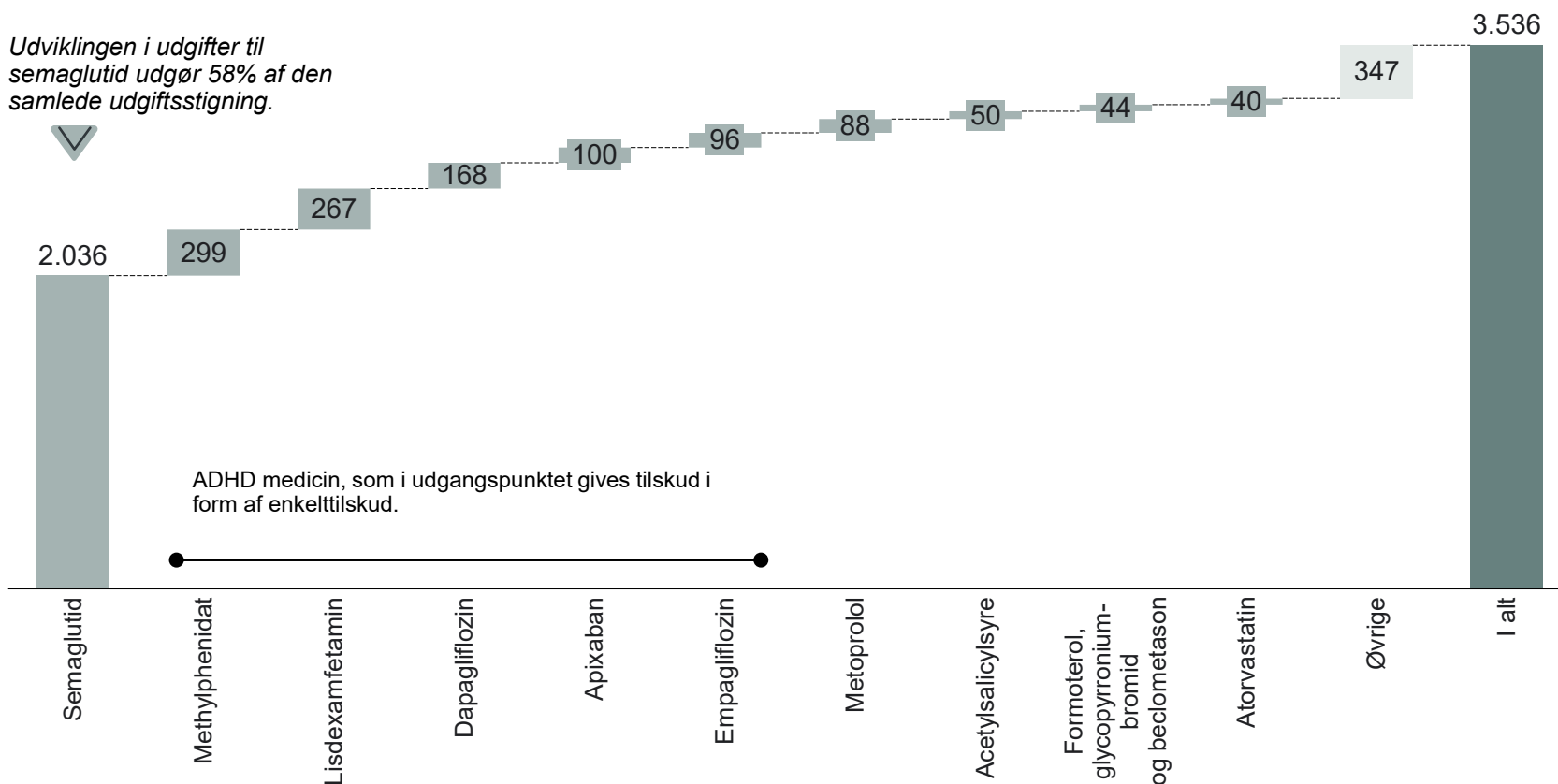
Note: Figuren viser udviklingen i de totale medicinudgifter mellem 2020 og 2024 opgjort i løbende priser. Figuren præsenteres i løbende priser, da regionernes udgifter til medicin ikke PL-reguleres. Hver søjle er nedbrudt i to delkomponenter for hhv. apoteks- og sygehusmedicin. Sygehusmedicin er ekskl. moms, mens udgifter til apoteksmedicin er inkl. moms.
Kilde: Implement Economics baseret på Sundhedsdatastyrelsen (2025)

Få aktive indholdsstoffer kan forklare en stor del af den samlede udgiftsstigning i apoteksmedicin fra 2022 til 2024

- Størstedelen af udgiftsstigningen i apoteksmedicin sker mellem 2022 og 2023, men stiger også yderligere i 2024. Størstedelen af udgiftsstigningen fra 2022 til 2024 fordeler sig på få aktive indholdsstoffer.
- Fra 2022 til 2024 er de samlede udgifter til tilskudsberettiget apoteksmedicin vokset med 3,5 mia. kr. Grupperes udgifterne efter lægemidlets aktive indholdsstof, fremgår det, at omkring 3,2 mia. kr. af stigningen – svarende til 90% – kan tilskrives ti aktive indholdsstoffer.
- Den mest markante udgiftsstigning ses for semaglutid, hvor udgifterne er vokset med 2 mia. kr. Dette svarer til 58% af den samlede udgiftsstigning. En væsentlig del kan forklares ved, at Wegovy Flextouch introduceres på det danske marked i december 2022. Hovedparten af udgiftsstigningen er egenbetaling, da der kun gives enkelttilskud fra regionerne.
- Derudover ses en betydelig vækst i udgifterne til ADHD-medicin, hvor methylphenidat og lisdexamfetamin er steget med henholdsvis 299 mio. kr. og 267 mio. kr.

Udgiftsstigninger i apoteksmedicin fra 2022 til 2024 fordelt på lægemidlets aktive indholdsstof

Mio. kr., løbende priser



Note: Figuren nedbryder udviklingen i udgifter til apoteksmedicin fra 2022-2024 på lægemidlernes aktive indholdsstoffer opgjort i løbende priser. Figuren præsenteres i løbende priser, da regionernes udgifter til medicin ikke PL-reguleres. Udgifterne er inkl. moms.
Kilder: Implement Economics baseret på Sundhedsdatastyrelsen (2025), Sundhedsstyrelsen (2022)

Fokus for denne rapport er en kvantificering af, hvordan alternative prismodeller på apoteksmedicin vil påvirke medicinpriserne samt regionernes og patienternes medicinudgifter

Effekterne af alternative prismodeller evalueres i en situation, hvor mere behandling forventes at foregå tættere på borgerne, og det derfor forventes, at flere udvalgte behandlinger flyttes fra sygehuset til praksissektoren. I tillæg til dette behandles en række udgiftsreducerende greb for apoteks- og sygehusmedicin.



Alternative prismodeller kan nedbringe priserne på udvalgt dyr medicin

Alternative prismodeller kan sandsynligvis nedbringe priserne på ny, dyr apoteksmedicin. Den samlede udgift for regioner og borgere afhænger af ændringen i prisen, forbruget og tilskuddet for de pågældende lægemidler.

PRIMÆRT FOKUS



Udlægning af behandlinger fra sygehus til praksissektor flytter udgifter fra regionerne

Der lægges der op til, at mere behandling skal ske tættere på borgerne i det nære sundhedsvæsen.

Eksempelvis kan udvalgte behandlinger lægges ud fra sygehusene til praksissektoren.



4

Effektanalyser

Formålet med dette afsnit er at analysere effekterne ved henholdsvis alternative prismodeller, udlægning af behandling fra sygehus til praksissektoren og et andet muligt udgiftsreducerende greb. Det er også formålet at analysere effekterne ved en kombination af forskellige prismodeller og udgiftsreducerende greb i en situation, hvor der udlægges behandlingerne fra sygehus til praksissektoren.

Effektanalyser

Medicinudgifter og -priser evalueres med forskellige scenarieberegninger

Grundlaget for analysen er medicinudgifterne i 2024, som blev præsenteret i forrige afsnit.

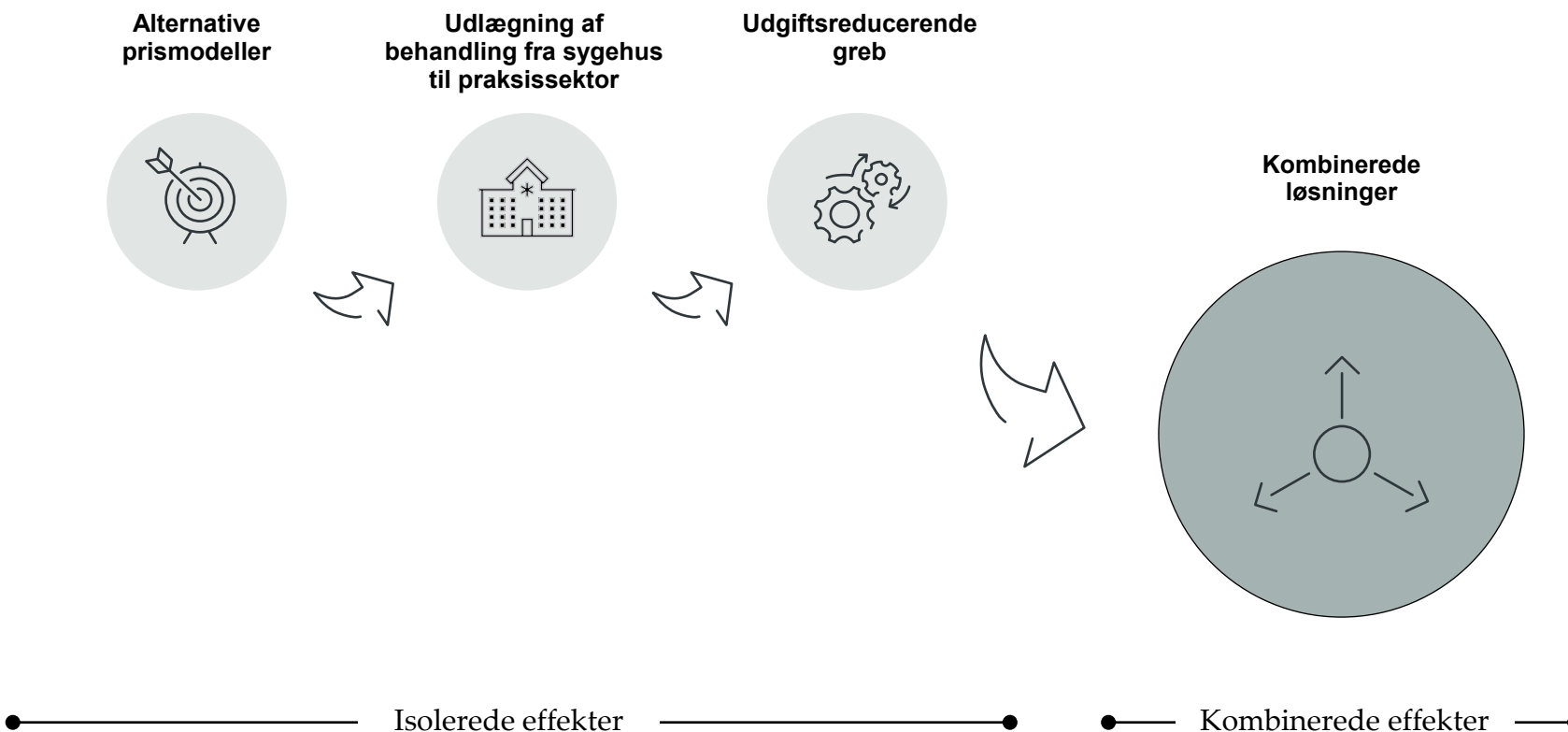
I første del af scenarieanalysen evalueres effekterne **isoleret** for i) alternative prismodeller for apoteksmedicin, ii) udlægning af udvalgte behandlinger fra sygehusene til praksissektoren og iii) øvrige udgiftsreducerende greb.

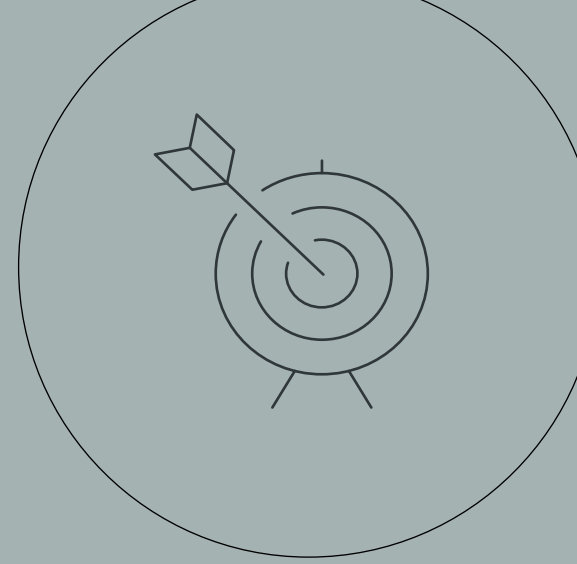
Herefter **kombineres** ovenstående forskellige tiltag med henblik på at beregne effekterne i disse forskellige kombinationsscenarier.

I hvert analysetrin evalueres effekterne i forhold til:

- Regionernes medicinudgifter
- Patienternes egenbetaling
- Forbrug af medicin
- Medicinpriser

Scenariebaseret tilgang

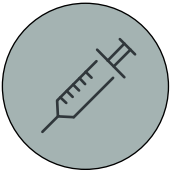




Effekterne ved alternative prismodeller

Alternative prismodeller på apoteksmedicin kan potentielt lette adgangen til ny medicin og håndtere usikkerhed omkring udgifter for patienter og regioner

Medicin i Danmark kan som udgangspunkt opdeles i medicin købt af patienten på apoteket og medicin anvendt på sygehuset. Der er imidlertid væsentlige forskelle i, hvordan medicin fra de to kanaler finansieres og indkøbes samt hvilken grad af konkurrence, de er udsat for. Disse elementer har alle effekt på de samlede medicinudgifter.

Medicintype	Indkøb	Indkøbskarakteristika	Alternative prismodeller
MEDICIN I DANMARK  Apoteksmedicin	- Medicinproducenterne indmelder listepreiser på medicin til Lægemiddelstyrelsen. - Hver 14. dag angiver leverandører af lægemidlet deres tilbudte pris i en "lukket budrunde". - Lægemidlet med den laveste pris inden for den pågældende substitutionsgruppe udbydes på apoteket.	- Der er relativt høj konkurrence mellem sælgere. - Produkterne er relativt homogene, så der kan substitueres mellem dem såfremt, der er flere udbydere. - Forbruget er relativt kontinuert.	For visse typer af apotekslægemidler er den nuværende indkøbsform ikke nødvendigvis den, der giver den laveste pris. Dette gælder specielt for lægemidler, hvor der er relativt: - Lav konkurrence mellem sælgere - Lav homogenitet i produkterne - Kontinuitet i forbruget 1 Første trin i dette afsnit er at identificere disse lægemidler. 2 Andet trin er at udlede centrale antagelser omkring pris- og mængdeeffekter. 3 Tredje trin er at kvantificere regionernes og patienternes udgifter ved brug af alternative prismodeller. 4 Fjerde trin er en sensitivitetsanalyse.
 Sygehusmedicin	- Sygehusmedicin indkøbes centralt af regionernes indkøbsenhed Amgros. - Amgros gennemfører udbud og indgår prisaftaler med leverandører på vegne af regionerne. - Aftalerne indgås med henblik på at opnå lavere priser og bedre vilkår.	- Amgros har en stærk indkøbs- og forhandlingsposition.¹ - Produkterne er relativt specialiserede. - Behandlingsbehov kan være svært at forudsige, hvilket skaber en risiko for både køber og sælger ift. aftalemængder og priser.	

Note 1) Det er en krævende proces for leverandører at komme ind på markedet. Medicinrådets vurdering af lægemidlets værdi (QALY) sætter Amgros i en stærk position ved prisforhandlingerne med leverandørerne. Medicinrådet kan overfor producenten vurdere, at effekten er for dyr til, at lægemidlet kan anbefales og ibrugtages, og derved presses prisen ned. Når effekten afspejles i prisen, vil Medicinrådet anbefale lægemidlet.
Kilder: Danske Regioner (2025), Lægemiddelstyrelsen (2019)

1

2

3

4

Alternative prismodeller

Identifikation

- Tilskudsvurderingerne fra Lægemiddelstyrelsen giver producenter incitament til at indgå i alternative prismodeller.
- Alternative prismodeller er primært relevante for lægemidler med ingen til lav konkurrence.
- Effekterne af alternative prismodeller kan estimeres for nye, dyre lægemidler samt lægemidler, der undergår revurdering, da disse to typer af lægemidler generelt set er udsat for relativt lav konkurrence.
- De identificerede lægemidler, der er relevante for denne analyse har en samlet omsætning på næsten 4 mia. kr. fordelt på et forbrug af 150 mio. definerede døgndoser (DDD).

Tilskudsvurderinger giver producenter incitament til at indgå i alternative prismodeller

- I det nuværende system kan producenter af et nyt lægemiddel ansøge om tilskudsberettigelse efter, at produktet har modtaget markedsføringstilladelse.
- Tilskuddet fastlægges af Lægemiddelstyrelsen og beror på en vurdering af lægemidlets terapeutiske effekt, sikkerhed, pris- og evt. økonomiske hensyn i forhold til alternative behandlinger.
- Lægemiddelstyrelsen foretager løbende en revurdering af lægemidlers tilskudsstatus.
- I forbindelse med ansøgning om tilskudsberettigelse samt revurdering af tilskud vil producenterne have et incitament til at indgå i alternative prismodeller for at undgå ikke at få frataget tilskudsberettigelsen.

Nuværende livscyklus og prisdannelse for et nyt lægemiddel (simplificeret)

Virksomheden indgiver en markedsførings-ansøgning til European Medicines Agency (EMA), som vurderer lægemidlet på baggrund af kvalitet, sikkerhed og effektivitet.

Hver 14. dag angiver distributører af lægemidlet deres tilbudte pris i en lukket budrunde, som fastsætter lægemidlets pris på apoteket.

Med tiden vil der opstå behandlingsalternativer, som vil øge priskonkurrencen.

Når lægemidlets patent udløber, vil der komme direkte substitutionsmuligheder for patienten i form af generika.

Markedsføringstilladelse

Markedsintroduktion

Analog konkurrence

Generisk konkurrence

Tilskudsberettigelse

Virksomheden kan indgive en tilskuds-ansøgning til Lægemiddelstyrelsen i Danmark efter markedsføringstilladelsen. Dette kan foregå før, under eller efter markedsintroduktionen. Lægemiddelstyrelsen vurderer tilskudsberettigelsen på baggrund af indmeldt forbrugerpris og dokumenteret effekt sammenlignet med eksisterende standard-behandling.

Revurdering

Der kan foretages en revurdering af tilskudsberettigelsen, eksempelvis hvis

- Prisen hæves markant.
- Der er kraftigt stigende sundhedsudgifter til lægemidlet.
- Nye behandlingsalternativer introduceres.

Alternative prismodeller

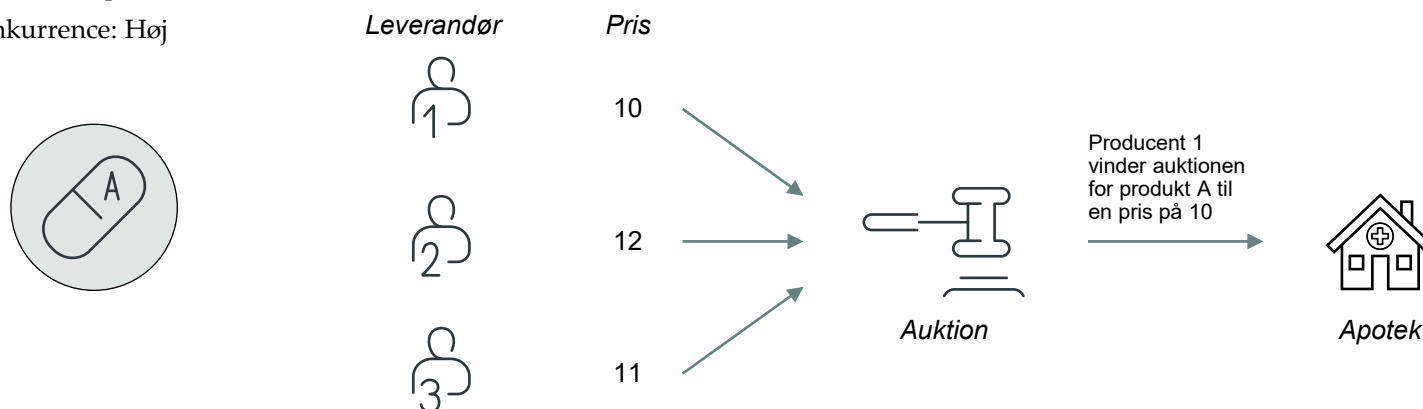
Alternative prismodeller vil supplere den nuværende prismodel for relevante lægemidler

- Den nuværende prismodel på apoteksmedicin er en auktion med lukkede bud, som afholdes hver 14. dag.
- Leverandøren, som tilbyder den laveste pris, vinder auktionen og bliver den primære leverandør i perioden.
- Den frie konkurrence og de skiftende priser hver 14. dag muliggør en høj konkurrence og dermed lave medicinpriser.
- Hvis et lægemiddel er under ingen til analog konkurrence, vil auktionen potentielt ikke medføre den pris, der er mest gunstig for patienten.
- Prisen på lægemidler under ingen til analog konkurrence kan med fordel blive forhandlet billigere af myndighederne.
- For disse lægemidler vil "auktionsformen" derfor blive erstattet af en alternativ prismodel med en forhandling mellem producenter og myndighederne.
- Myndighederne vil gennem en alternativ prismodel forhandle en prisrabat, mens producenterne vil indgå i modellen for at opnå eller bevare tilskud på deres produkt.

Nuværende og alternativ prismodel

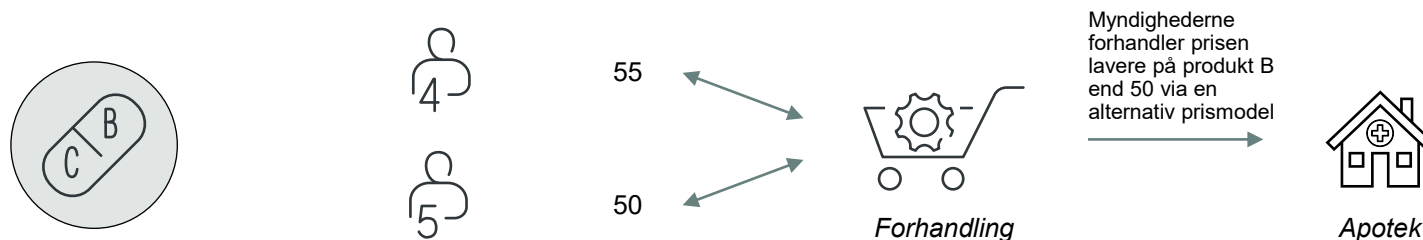
Nuværende prismodel

Konkurrence: Høj



Alternativ prismodel

Konkurrence: Lav (ingen eller analog konkurrence)¹



Note 1) Ved ingen konkurrence er der kun ét produkt (produkt B). Ved analog konkurrence kan der være flere produkter (produkt B og produkt C), som er behandlingsalternativer.

Effekterne af alternative prismodeller kan estimeres for to typer af lægemidler, som ikke er udsat for høj konkurrence

Alternativer prismodeller har størst potentiale for to typer lægemidler, som er under ingen til lav konkurrence

	Lægemidler, som er nye, dyre og uden generelt tilskud	Lægemidler, som undergår revurdering af tilskud
Beskrivelse	Lægemidler, som er lanceret på det danske marked inden for de seneste 13 år og er under ingen til lav konkurrence. Derudover modtager disse lægemidler ikke generelt tilskud. Dette resulterer i høje priser for borgeren.	Lægemidler, som undergår revurdering fra ét tilskudsniveau til et lavere niveau. Disse lægemidler er under analog konkurrence, og prisen er derfor relativt høj.
Virksomhedernes incitament	Incitamentet for virksomhederne til at indgå i en prisforhandling for disse lægemidler er at opnå tilskud og derved at øge markedsandelen af deres lægemidler.	Incitamentet for virksomhederne til at indgå i en prisforhandling for disse lægemidler er at fastholde deres tilskud og derved bevare markedsandelen på deres lægemidler.
Regionernes incitament	Incitamentet for regionerne er at opnå lavere medicinpriser og derved få mere sundhed for pengene.	Incitamentet for regionerne er at opnå lavere medicinpriser og derved få mere sundhed for pengene.
Antagelser i analysens beregningsmodel	Markedsføringsåret for varenummeret er 2013 eller senere. Disse varenumre er forsat patentbeskyttet, hvilket begrænser konkurrencen, og giver producenten betydelige prissætningsmagt både i forbindelse med auktionen og overfor andre aktører, der ønsker at indkøbe produktet til parallelimport.² Der er kun 1 producent i substitutionsgruppen for det givne varenummer. Disse varenumre produceres kun af én producent, hvilket jf. ovenstående begrænser konkurrencen, og giver producenten betydelig prissætningsmagt.³ Varenummeret har ikke generelt tilskud, men varenummeret kan modtage generelt klausuleret tilskud. Hvis varenummeret ikke modtager generelt tilskud, har producenten incitament til at indgå i en forhandling om en alternative prismodel for at opnå generelt tilskud og derved øge sin markedsandel.	Lægemidler under revurdering har skiftet tilskudsform i 2024. Hvis følgende ændringer i tilskud registreres i data for 2024, klassificeres varenummeret som at have været under revurdering: • Varenumre som er reduceret fra generelt tilskud til klausuleret tilskud. • Varenumre som er reduceret fra generelt tilskud til ingen tilskud. • Varenumre som er reduceret fra klausuleret tilskud til ingen tilskud. Lægemidler, som går fra ingen eller generelt klausuleret tilskud til generelt tilskud, er ikke inkluderet, da virksomhederne ikke har nogen incitament for at indgå i en forhandling om en alternativ prismodel. Virksomhederne har allerede opnået generelt tilskud, og der er ikke nogen større gevinst for dem ved en alternativ prismodel.

Note 1) Forhandlingen kan ske på varenummerniveau indenfor det enkelte lægemiddel. 2) Europa-Kommissionen har i 2022 fået udarbejdet en analyse af beskyttelsesperioderne for et repræsentativt udsnit af 199 nye lægemidler, som viste, at den gennemsnitlige beskyttelse efter tidspunktet for markedsføringsgodkendelse er 12,9 år. 3) Der er kun én producent i lægemiddelsubstitutionsgruppen, men der kan være flere distributører (parallelimport).

28

Alternative prismodeller

De identificerede lægemidler har en høj pris sammenlignet med øvrig apoteksmedicin

- De udvalgte lægemidler har en samlet omsætning på knap 4 mia. kr. og udgør derved 25% af den samlede omsætning af solgt apoteksmedicin i 2024.
- De udvalgte lægemidler dækker over knap 650 varenumre, som har en volumen på knap 155 mio. DDD, hvilket udgør under 5% af alt solgt apoteksmedicin.
- Det vil sige, at de udvalgte lægemidler netop har en markant højere pris sammenlignet med øvrig apoteksmedicin.
- Det regionale tilskud til udvalgte lægemidler er knap 1,6 mia. kr., mens egenbetalingen er 2,3 mia. kr.
- Tilskuddet for udvalgte lægemidler udgør derved 39% af omsætningen, hvilket er 6 procentpoint lavere end for alt apoteksmedicin solgt i 2024. Derved er der et stort forbrug, som ikke er dækket af tilskud, af de udvalgte lægemidler.
- 45% af omsætningen for de udvalgte lægemidler er udgjort af produkter, som hverken modtager generelt eller generelt klausuleret tilskud.

Deskriptiv statistik af udvalgte lægemidler

	 Lægemidler, som er nye, dyre og uden generelt tilskud	 Lægemidler, som undergår revurdering af tilskud	 Alle lægemidler solgt på apotek i 2024
Antal indholdsstoffer	65	69	1.048
Antal varenumre	463	184	10.362
Omsætning (mio. kr.)	3.786	172	16.610
Volumen (mio. DDD)	132	21	4.120
Regionalt tilskud (mio. kr.)	1.472	90	7.533
Egenbetaling (mio. kr.)	2.244	76	8.613

Note: Tabellen viser deskriptiv statistik for udvalgte lægemidler samt for samtlige lægemidler solgt på danske apoteker i 2024. De udvalgte lægemidler dækker over nye, dyre lægemidler uden generelt tilskud samt lægemidler, som undergår revurdering af tilskud. Nye, dyre lægemidler uden generelt tilskud er defineret ved at markedsføringsåret er 2013 eller senere, kun at have én producent i lægemiddelsubstitutionsgruppen, og at lægemidlet ikke modtager generelt tilskud fra regionerne. Lægemidler, som undergår revurdering af tilskud, antages at være varenumre, som enten er reduceret fra generelt til klausuleret tilskud, fra generelt til ingen tilskud eller fra klausuleret til ingen tilskud. Enkelte varenumre vil indgå i både nye, dyre lægemidler og lægemidler under revurdering. Det er gældende for 13 varenumre.

Kilde: Implement Economics baseret på Sundhedsdatastyrelsen (2025)

1

2

3

4

Alternative prismodeller

Pris- og mængdeeffekter

- > De alternative prismodeller deler en række grundlæggende antagelser og mekanismer.
- > Når prisen falder på et lægemiddel, vil forbruget af dette stige eller forblive uændret afhængigt af typen af forbrugsgode.

De tre udvalgte alternative prismodeller deler en række grundlæggende antagelser og mekanismer

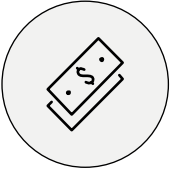
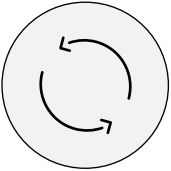
	Pris	Forbrug	Omsætning	Regionale tilskud & egenbetaling
Effekter	Apotekernes indkøbspris  Ekspeditionsprisen 	Forbrug af DDD 	Omsætning  	Regionale tilskud   Egenbetaling  
Mekanismer og antagelser	I prismodellerne er det apotekernes indkøbspris på det enkelte varenummer, som forhandles. Den lavere forhandlede indkøbspris for apotekerne afspejles direkte i ekspeditionsprisen via apotekerens avanceformel.	I modellerne vil den lavere forhandlede indkøbspris øge forbruget af lægemidlet. Denne effekt beregnes ud fra en estimeret egenpriselasticitet inden for hver ATC-hovedgruppe. Hvis egenpriselasticiteten er -0,5, vil en 10% prisreduktion lede til en 5% stigning i forbruget. Se diskussion af forbrugseffekter på næste side.¹	Omsætningen (ekspeditionspris gange forbrug) vil falde eller stige. Hvis besparelsen ved prisreduktionen er større end udgiften til det øgede forbrug, vil omsætningen falde. Hvis udgifterne til det øgede forbrug derimod er større end besparelsen ved prisreduktionen, vil omsætningen stige.	Det regionale tilskud beregnes ud fra den nye omsætning. Lægemidler under revurdering, som allerede får tilskud, bevarer deres nuværende tilskuds- og egenbetalingsgrader i prismodellerne.² Et nyt lægemiddel uden eksisterende tilskud, som tildeles generelt tilskud for første gang, tildeles en tilskudsgrad svarende til det omsætningsvægtede gennemsnit af tilskudsgrader for lægemidler med generelt tilskud i den ATC-hovedgruppe, det nye lægemiddel tilhører. Egenbetalingen udgør forskellen mellem omsætning og tilskud.³ Optimalt vil tilskud og egenbetaling være bestemt ud fra tilskudsgrænserne og egenbetalingsloftet, men da analysen ikke benytter data på patientniveau, er denne udregning ikke mulig. De regionale tilskud vil stige, når forbruget stiger, og der bliver tildelt nye tilskud. Det regionale tilskud vil falde, da eksisterende tilskud falder ved prisreduktionen. Derved kan de regionale udgifter enten stige eller falde alt efter størrelsesordenen på effekterne. Egenbetalingen vil stige i takt med et øget forbrug, mens prisrabatter og nye tilskud vil reducere egenbetalingen. Den samlede udvikling i egenbetalingen afhænger derfor af, hvilken af disse effekter, der er størst.

Note 1) Egenpriselasticiteterne er forbundet med relativt stor usikkerhed (se uddybning på næste side). Egenpriselasticiteten estimeres for hver ATC-hovedgruppe ved en simpel lineær OLS-regression, som estimerer en korrelation mellem pris og mængde. Egenpriselasticiteten er estimeret på ATC-hovedgruppeniveau, da antallet af observationer på ATC-kode- eller varenummerniveau er for lavt til at opnå robuste elasticiteter. Egenpriselasticiteterne er mellem -0,57 og -1,00 afhængigt af ATC-hovedgruppe. 2) Ved en prisreduktion vil tilskudsgraden ændre sig afhængigt af opnåede tilskudsgrænse på tilskudstrappen. Da hver patients tilskudsgrænser og egenbetalingsloft ikke kan estimeres, idet rapporten ikke benytter personhenførende data, antages det, at et varenummer med eksisterende tilskud bevarer sin tilskudsgrad efter en prisreduktion. 2) De omsætningsvægtede gennemsnitlige tilskudsgrader for lægemidler med generelt tilskud i ATC-hovedgrupperne er mellem 31% og 76% afhængigt af ATC-hovedgruppe

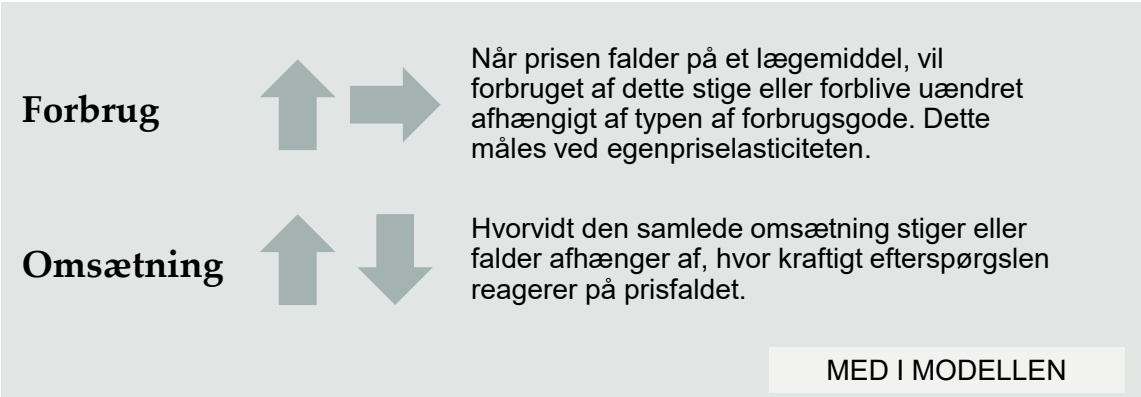
31

Når prisen falder på et lægemiddel, vil forbruget af dette stige eller forblive uændret afhængigt af typen af forbrugsgode

Medicin er i de fleste tilfælde en nødvendighed for patienterne, der bruger den. Forbrugeren får altså ikke gavn af at tage mere medicin (og kan risikere yderligere bivirkninger), selvom en prisreduktion teoretisk set vil give råd til mere medicin. I andre tilfælde, for såkaldte *luksusgoder*, kan lavere priser medføre højere efterspørgsel, hvis forbrugeren ikke har råd til at købe den ønskede/ordinerede mængde medicin før prisfaldet (indkomsteffekt), eller hvis forbrugeren skifter fra én form for medicin til en anden, når den relative pris mellem de to ændres (substitutionseffekt).

	Beskrivelse	Eksempel
Indkomsteffekt	 Indkomsteffekten afspejler, at et prisfald på medicin frigør budget til at købe mere medicin og andre forbrugsgoder. Opfattes medicin som et nødvendighedsgode, vil stigningen i forbruget være moderat. Stigningen kan være betydelig for luksusgoder, hvis forbrugeren ikke har råd til den ønskede forbrugsmængde, så lavere priser kan gøre medicinen mere attraktiv og tilgængelig.	<i>Prisen på lægemiddel A falder. Det betyder, at forbrugere, der har fravalgt medicinen eller køber mindre end ønsket på grund af prisen, nu har råd til at øge sit forbrug.</i>
Substitutionseffekt	 Substitutionseffekten afspejler ændringer i forbruget af en bestemt type medicin efter et prisfald, som gør det relativt billigere at forbruge medicinen sammenlignet med andre former for medicin eller anden form for forbrug. Substitutionseffekten vil være begrænset, hvis der ikke er alternative behandlingsformer.	<i>Prisen på lægemiddel B falder og bliver relativt billigere end andet medicin og andet forbrug. Forbrugeren vil reducere forbruget af andre præparater med samme virkning (og muligvis også af andre gængse varer) og substituere over mod lægemiddel B.</i>

EFFEKT PÅ FORBRUG AF MEDICIN



Når prisen på et lægemiddel falder, vil forbruget af andre lægemidler ændre sig. Dette måles ved krydspriselasticiteten. Er den positiv, betyder det, at prisfaldet på et lægemiddel medfører et fald i forbruget af andre lægemidler (substitutter). Dette vil reducere det samlede forbrug og derved reducere de samlede udgifter.

Modellen tager ikke højde for krydspriselasticiteten, hvilket alt andet lige betyder, at forbrugsændringen estimeret ud fra egenpriselasticiteten udgør et øvre estimat.¹ Udeladelsen skyldes, at estimering af krydspriselasticiteten vurderes for usikker til at kunne inkluderes i modelleringen.

Derudover er der kun meget få empiriske studier af krydspriselasticiteter på medicin med begrænsede resultater.

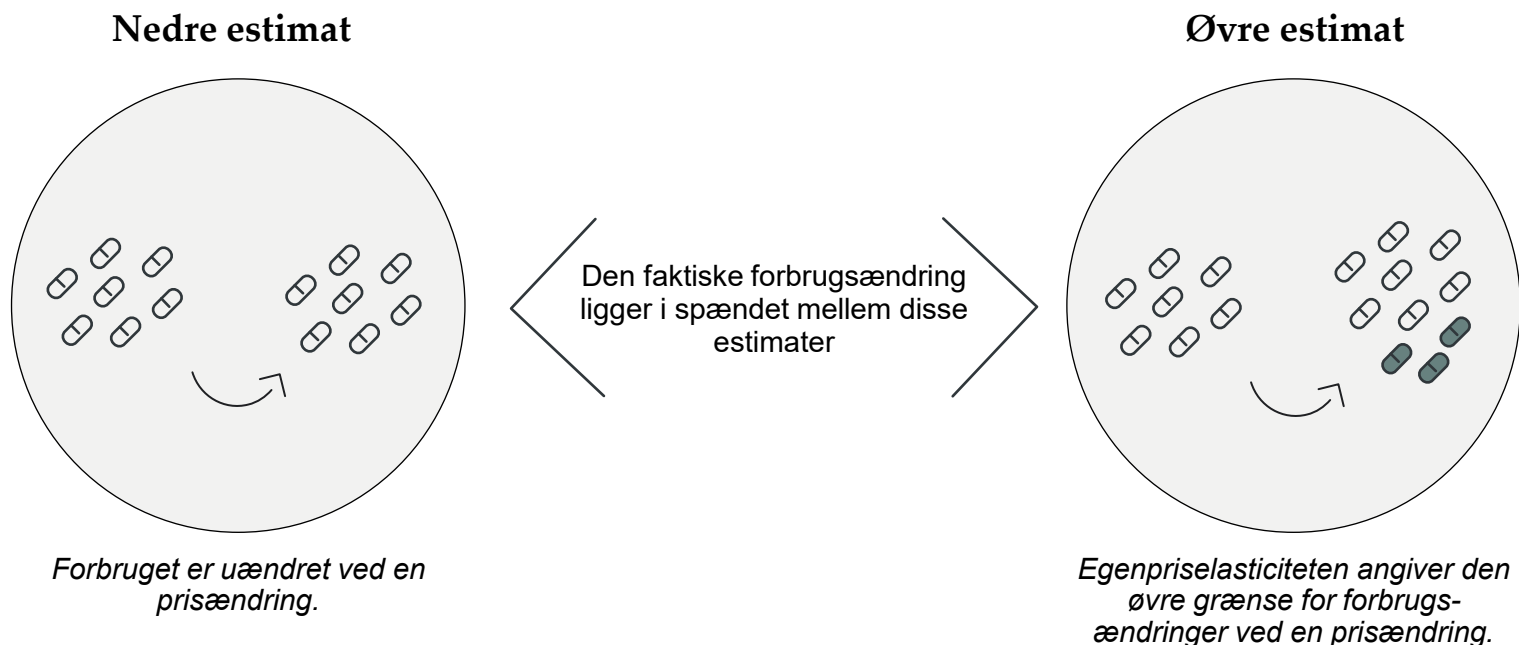
IKKE MED I MODELLEN

Note 1) Estimeringen af egenpriselasticiteten er påvirket af 'udeladt variabel bias', hvilket betyder, at regressionen udelader forklarende variabler. Hvis den udeladte variabel forventes at påvirke forbruget (substitutter), kan udeladelsen føre til en overvurdering af egenpriselasticiteten, hvilket resulterer i for høje egenpriselasticiteter. Se uddybning på næste side.
Kilde: Implement Economics baseret på Skipper (2012) og Simonsen et al. (2016)

Den faktiske forbrugsændring ligger i intervallet mellem de estimerede egenpriselasticiteter og et uændret forbrug

- Estimering af egenpriselasticiteter på ATC-hovedgruppeniveau er forbundet med en del usikkerhed, da estimeringen kan være påvirket af 'udeladt variabel bias'. Dette betyder, at regressionen potentielt udelader forklarende variable, som kan have en effekt på ændringer i forbruget af medicin, når prisen ændrer sig. Dette bias kan føre til en overvurdering af elasticiteterne.
- Egenpriselasticiteterne udgør derfor et øvre estimat for, hvor meget forbruget ændrer sig ved en prisændring.
- Det nedre estimat på forbrugsændringen kan derved opnås ved at udelade en forbrugseffekt. Det vil sige, forbruget ikke ændrer sig ved en prisændring.
- Dermed danner det øvre og nedre estimat et interval for den faktiske forbrugsændring som følge af en prisændring.
- **I sensitivitetsanalysen estimeres effekterne på ekspeditionsprisen, de regionale udgifter og egenbetalingen i en situation, hvor forbruget er uændret ved en prisændring.**

Interval for ændringen i forbrug ved en prisændring



1

2

3

4

Alternative prismodeller

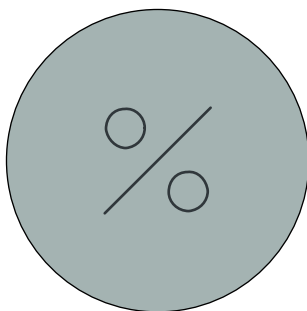
Kvantificering

- Effekterne på regionale tilskudsudgifter, egenbetaling, forbrug og ekspeditionspris kvantificeres isoleret for tre udvalgte alternative prismodeller.
- De regionale tilskudsudgifter stiger i alle tre modeller sammenlignet med den nuværende prismodel.
- Patienternes egenbetaling falder i alle tre modeller sammenlignet med den nuværende prismodel.
- Ekspeditionsprisen falder, og forbruget stiger i alle tre modeller sammenlignet med den nuværende prismodel.

Tre alternative prismodeller med forskellige prissætningsmekanismer vil blive kvantificeret

De tre udvalgte alternative prismodeller er økonomisk baseret og bygger på observerede priser, mængder og udgifter af apoteksmedicin. I hver model opnås en prisrabat på 10%, 20% eller 30%. Virksomhederne accepterer kun rabatten, hvis deres lægemiddel opnår eller bevarer tilskud. Samtidig antages det i analysen, at Lægemiddelstyrelsen vil vurdere, at disse rabatter er tilstrækkelig til, at de identificerede lægemidler kan tildeles eller bevarer deres tilskud.

Rabatmodel



I rabatmodellen forhandles en flad rabat på prisen mellem leverandørerne og myndighederne.



Styrker

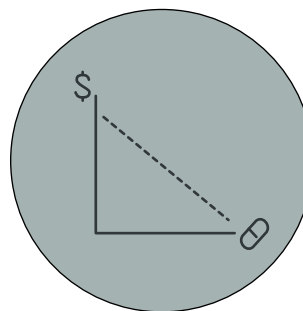
- Opnår besparelse uafhængigt af forbrug.
- Relativ simpel administration og implementering af rabatten.



Svagheder

- Leverandører kan være mindre villige til at give store rabatter, når modellen ikke er knyttet til volumen eller loyalitet.

Pris-volumen model

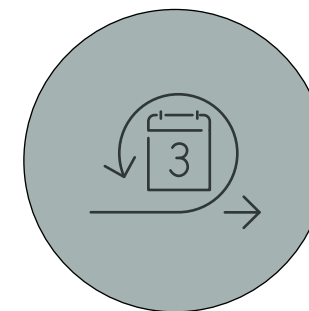


Pris-volumen modellen kobler forbrug med pris, så prisen falder med et øget forbrug.

- Lavere pris ved højt forbrug.
- Trinvise rabatter gør det nemmere at forudsige og styre udgiftsniveau.

- Risiko for overforbrug og indkøb af bestemte produkter for at opnå rabat.
- Mindre producenter kan have svært ved at opnå stordriftsfordele og derved konkurrere på pris.

Abonnementsmodel



Abonnementsmodellen baseres på betaling af en fast pris eller "abonnement" til leverandøren mod adgang til ubegrænset forbrug.

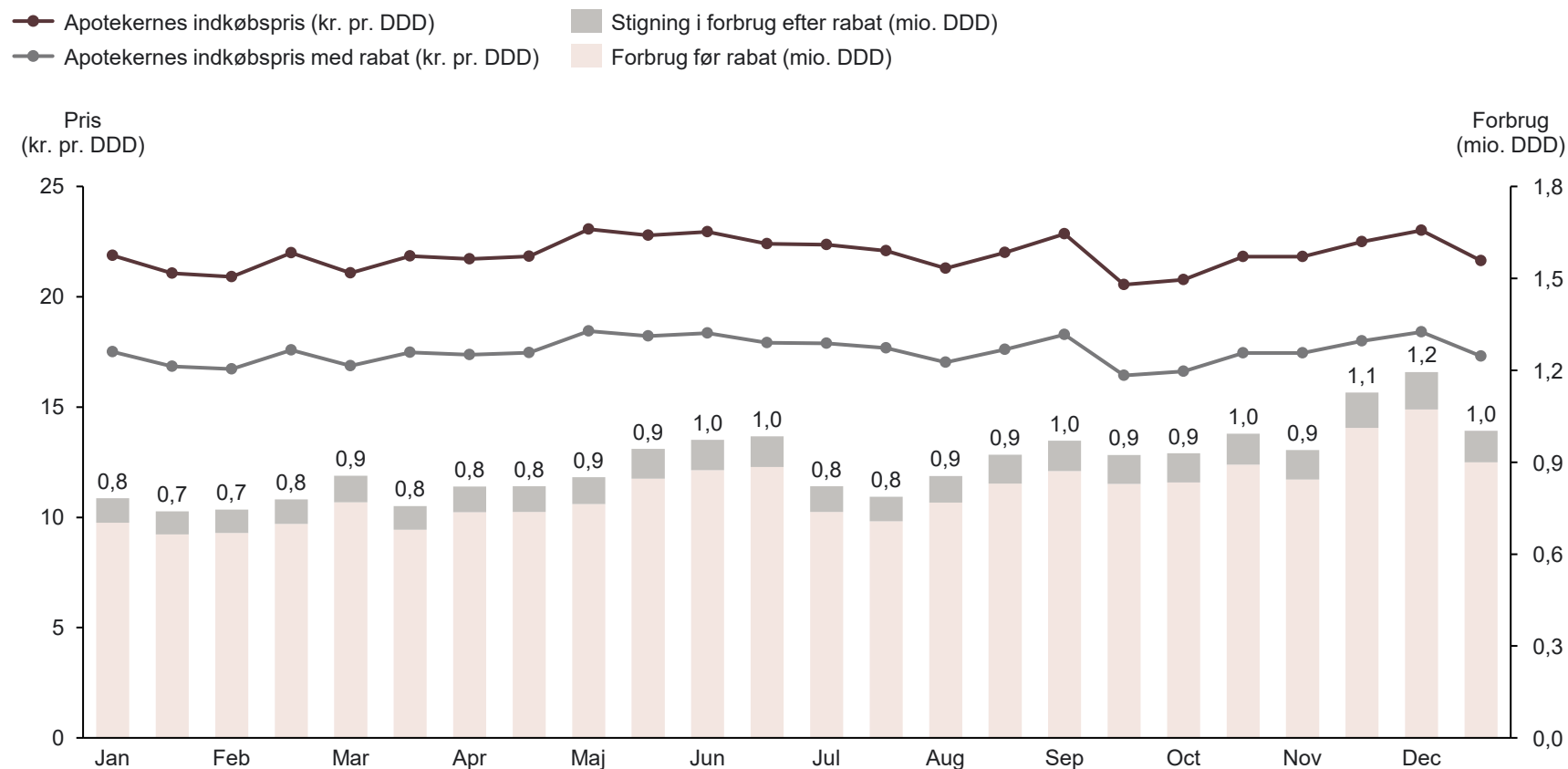
- Fast pris giver omkostningskontrol og forudsigelige udgifter.
- Simpel administration uden mængderegulering.

- Risiko for overbetaling ved lavt forbrug.
- Samtidig risiko for overforbrug eller spild.

I rabatmodellen forhandler myndighederne en rabat med leverandørerne

- En flad rabat på apotekernes indkøbspris forhandles mellem leverandørerne og myndighederne på hvert enkelt varenummer.
- Prisen bliver lavere uden, at der skal indkøbes en større mængde, og der opnås en umiddelbar besparelse.
- Rabatten indgår i prisfastsættelsen relativt simpelt uden, at der skal tages højde for volumen eller andre strukturer.
- Samtidig gør forudsigeligheden i pris og rabat, at modellen er let at kommunikere og implementere.
- Dog kan leverandører være mindre villige til at give store rabatter, når modellen ikke er knyttet til volumen eller loyalitet.

Illustrativt eksempel af rabatmodellen



Note: Figuren viser, hvordan apotekernes indkøbspris og forbrug ændres ved at indføre en rabatmodel for et givent lægemiddel baseret på 2024-data. Den bordeaux linje viser apotekernes indkøbspris (kr. pr. DDD) under nuværende auktionsform, og den grå linje viser apotekernes nye indkøbspris i rabatmodellen. Priserne aflæses på venstre y-akse. Den lyserosa del af søjlerne viser forbruget (mio. DDD), og den grå del viser stigningen i forbruget (mio. DDD) ved at indføre rabatmodellen. Mængderne aflæses over søjlerne eller på højre y-akse.
Kilde: Implement Economics baseret på Sundhedsdatastyrelsen (2025), Amgros og Videnscenter for Life Science (2022)

Alternative prismodeller

Med rabatmodellen vil egenbetalingen falde og de regionale tilskudsudgifter stige

- I rabatmodellen er der regnet på tre forskellige scenarier med en rabat på 10%, 20% og 30%.
- Det forudsættes i analysen, at disse rabatter vil medføre ændret tilskud. Dette vil ikke nødvendigvis være tilfældet i virkeligheden.
- Rabatmodellen resulterer i en 10-30% lavere ekspeditionspris for borgeren sammenlignet med den nuværende prismodel.
- Prisrabatten medfører, at forbruget stiger mellem 6-18% sammenlignet med den nuværende prismodel.
- De regionale tilskudsudgifter stiger med op mod 72%, mens egenbetalingen falder ned mod 62% sammenlignet med den nuværende prismodel.
- Den regionale besparelse fra prisrabatten mere end opvejes af, at der tildeles nye tilskud. Derfor stiger de regionale tilskudsudgifter. Dog sikrer dette også borgeren bedre adgang til billigere medicin målt ved en lavere ekspeditionspris samt at de får regionalt tilskud og dermed lavere egenbetaling.

Resultater for rabatmodellen

Ændring fra identificerede apotekslægemidler solgt under den nuværende prismodel, 2024

	10% rabat		20% rabat		30% rabat	
	Absolut ændring	% ændring	Absolut ændring	% ændring	Absolut ændring	% ændring
Regionale tilskudsudgifter (mio. kr.)	1.108	72%	949	61%	758	49%
Egenbetaling (mio. kr.)	-1.299	-56%	-1.358	-59%	-1.430	-62%
Forbrug (mio. DDD)	9,3	6%	18,7	12%	28	18%
Ekspeditionspris (kr. pr. DDD)	-2,6	-10%	-5,1	-20%	-7,7	-30%



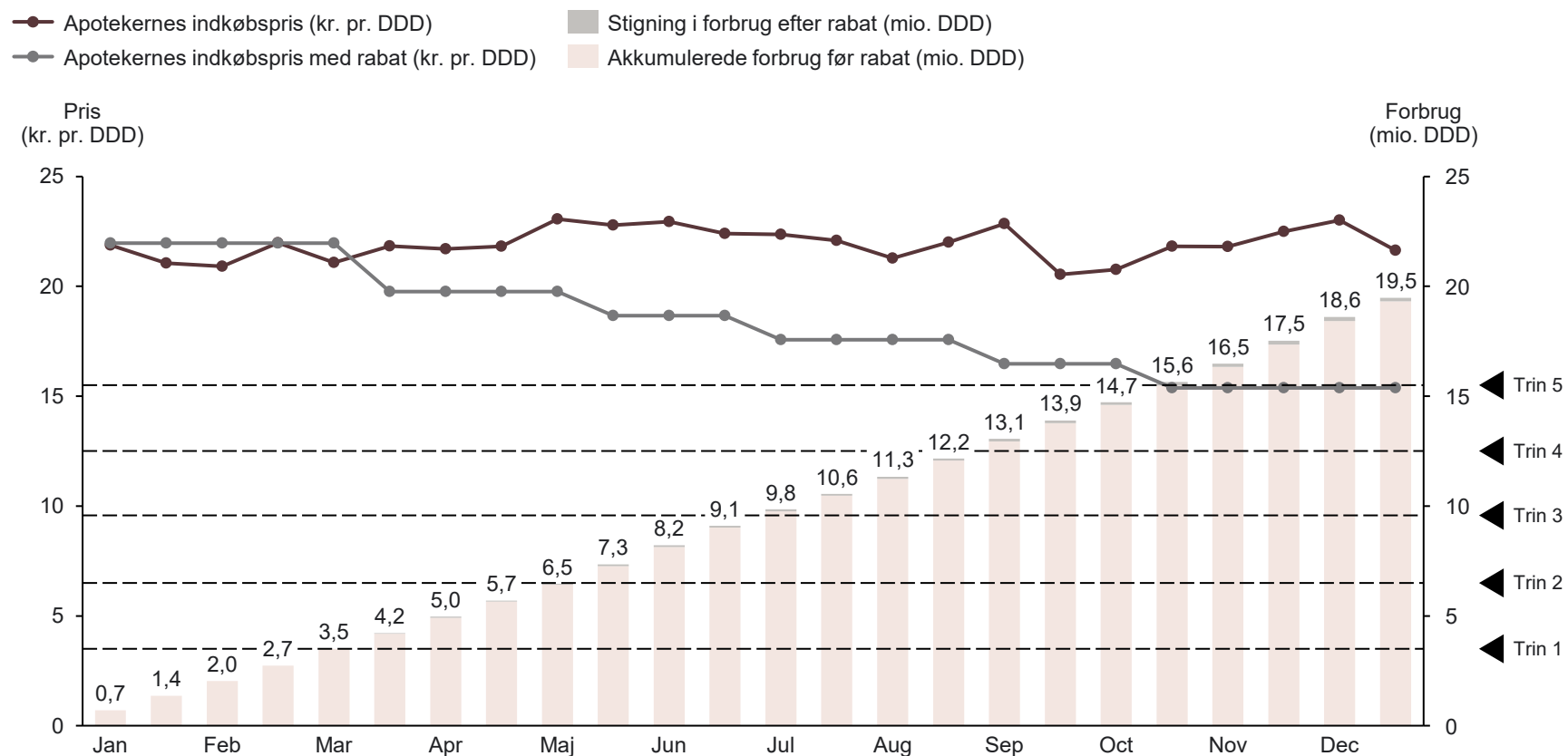
Regionernes tilskudsudgifter er højere under rabatmodellen sammenlignet med den nuværende prismodel.

Note: Tabellen viser den absolutte og procentvise ændring ved at indføre en rabatmodel sammenlignet med den nuværende prismodel. Ændringerne er beregnet for tre scenarier med en rabat på henholdsvis 10%, 20% og 30%. De to første rækker viser, hvordan de regionale tilskudsudgifter (mio. kr.) og egenbetalingen (mio. kr.) vil ændre sig i de tre scenarier, mens de sidste to rækker viser ændringen i forbruget (mio. DDD) samt den volumen-vægtede gennemsnitlige ekspeditionspris (kr. pr. DDD).
Kilde: Implement Economics baseret på Sundhedsdatastyrelsen (2025)

I pris-volumen modellen indfries en prisrabat, når forbruget krydser bestemte trin

- Pris-volumen-modellen kobler pris og forbrug, så prisen falder ved øget forbrug.
- Der forhandles en startpris, der gælder fra januar. Denne fastsættes til at være den volumen-vægtede gennemsnitspris over forrige år.¹
- Herefter indeholder modellen forbrugstrin, som giver en prisrabat, når trinnet opnås. Hvis forbruget overstiger et fastsat trin (andel af forrige års totalforbrug), udløses en prisrabat. Dette kan gøre det nemmere at forudsige og styre udgiftsniveauet.
- F.eks. når forbruget overstiger 20% af forrige års totalforbrug gives en prisrabat på 10%. Når forbruget overstiger 80% af forrige års totalforbrug gives en 30% prisrabat.
- Modellen skaber incitament for myndighederne til at samle en større mængde, hvilket kan fremme konkurrence, da flere leverandører motiveres til at tilbyde bedre aftaler. Dog kan der også opstå incitament til at indkøbe bestemte produkter for at opnå rabatter.
- Større virksomheder kan drage fordel af stordriftsfordele og reducere omkostninger, mens små leverandører kan have svært ved at konkurrere på pris.

Illustrativt eksempel af pris-volumen modellen



Note: Figuren viser, hvordan apotekernes indkøbspris og forbrug ændres ved at indføre en pris-volumen model for et givent lægemiddel baseret på 2024 data. Den bordeaux linje viser apotekernes indkøbspris (kr. pr. DDD) under nuværende auktionsform, og den grå linje viser apotekernes nye indkøbspris i pris-volumen modellen. Priserne aflæses på venstre y-akse. Den lyserosa del af søjlerne viser akkumulerede forbrug (mio. DDD), og den grå del viser stigningen i forbruget (mio. DDD) ved at indføre pris-volumen modellen. Mængderne aflæses over søjlerne eller på højre y-akse. De stiplede tværgående linjer viser forbrugstrinnene, hvor en prisrabat indfries. 1) I modellen bruges indeværende år, da data kun er tilgængeligt for 2024.
Kilde: Implement Economics baseret på Sundhedsdatastyrelsen (2025), Amgros og Videnscenter for Life Science (2022)

Alternative prismodeller

Med pris-volumen modellen vil mængden og de regionale tilskudsudgifter stige, mens egenbetalingen falder

- Pris-volumen modellen, hvor prisen falder med et øget forbrug, medfører en stigning i forbruget på 11% sammenlignet med den nuværende prismodel.
- Den gennemsnitlige ekspeditionspris pr. DDD reduceres med 4,6 kr., hvilket svarer til et fald på 18% sammenlignet med den nuværende prismodel.
- De regionale tilskudsudgifter stiger med 63%, mens egenbetalingen falder med 58% sammenlignet med den nuværende prismodel.
- Igen forklares stigningen i de regionale tilskudsudgifter ved, at udgifterne til stigningen i forbruget samt lægemidler med nye tilskud er større end besparelsen fra prisreduktionen.

Resultater for pris-volumen model

Ændring fra identificerede apotekslægemidler solgt under den nuværende prismodel, 2024

	Absolut ændring	% ændring
Regionale tilskudsudgifter (mio. kr.)	975	63%
Egenbetaling (mio. kr.)	-1.344	-58%
Forbrug (mio. DDD)	16,3	11%
Ekspeditionspris (kr. pr. DDD)	-4,6	-18%

Borgernes egenbetaling reduceres under pris-volumen modellen sammenlignet med den nuværende prismodel.

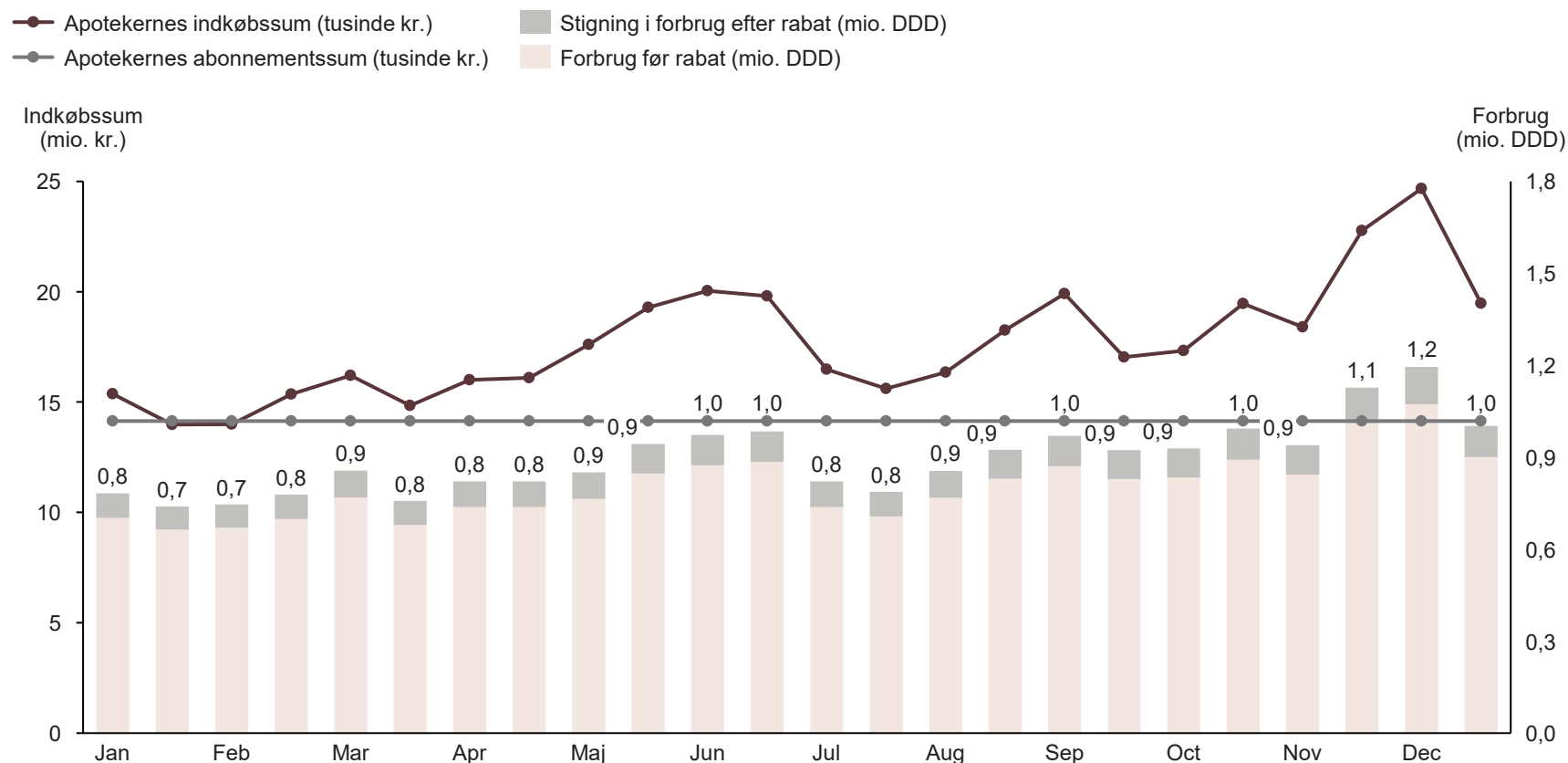
Note: Tabellen viser den absolutte og procentvise ændring ved at indføre en pris-volumen model sammenlignet med den nuværende prismodel. De to første rækker viser, hvordan de regionale tilskudsudgifter (mio. kr.) og egenbetalingen (mio. kr.) vil ændre sig i de tre scenarier, mens de sidste to rækker viser ændringen i forbruget (mio. DDD) samt den volumen-vægtede gennemsnitlige ekspeditionspris (kr. pr. DDD).

Kilde: Implement Economics baseret på Sundhedsdatastyrelsen (2025)

I abonnementsmodellen betales en fast pris til leverandøren mod adgang til ubegrænset forbrug

- Abonnementsmodellen baseres på betaling af en fast pris eller "abonnement" til leverandøren mod adgang til ubegrænset forbrug.
- I modellen har hvert varenummer en fastsat abonnementspris, som er beregnet ved det årlige gennemsnit af apotekernes indkøbssum i hver 14. dags medicinperiode inklusiv en rabat.
- Abonnementsmodellen giver sundhedssystemet omkostningskontrol og forudsigelige udgifter, mens leverandørerne sikres en stabil indtægt.
- Abonnementet binder sundhedsvæsenet over en længere periode, og den faste betaling kan være betydelig, hvilket kræver nøje budgettering.
- Da der er adgang til ubegrænset forbrug til en fast pris, er der risiko for, at lægemidlerne ikke anvendes optimalt i form af overforbrug eller spild.

Illustrativt eksempel af abonnementsmodellen



Note: Figuren viser, hvordan apotekernes indkøbspris og forbrug ændres ved at indføre en abonnementsmodel for et givent lægemiddel baseret på 2024 data. Den bordeaux linje viser summen af apotekernes indkøb (tusinde kr.) under nuværende auktionsform, og den grå linje viser apotekernes nye indkøbssum (abonnementsprisen) i abonnementsmodellen. Priserne aflæses på venstre y-akse. Den lyserosa del af søjlerne viser forbruget (mio. DDD), og den grå del viser stigningen i forbruget (mio. DDD) ved at indføre rabatmodellen. Mængderne aflæses over søjlerne eller på højre y-akse.

Kilde: Implement Economics baseret på Sundhedsdatastyrelsen (2025), Amgros og Videnscenter for Life Science (2022)

Alternative prismodeller

Med abonnementsmodellen stiger de regionale tilskudsudgifter, mens egenbetalingen falder

- I abonnementsmodellen er der regnet abonnementspriser med en rabat på 10%, 20% og 30%.
- Rabatten resulterer i en 9-29% lavere ekspeditionspris for borgeren og et 6-18% højere forbrug sammenlignet med den nuværende prismodel.
- De regionale tilskudsudgifter stiger med op mod 72%, mens egenbetalingen falder ned mod 62% sammenlignet med den nuværende prismodel.
- Det vil sige, at effekten af det øgede forbrug samt nye lægemidler, som har fået tildelt tilskud, er større end effekten af prisreduktionen.

Resultater for abonnementsmodel

Ændring fra identificerede apotekslægemidler solgt under den nuværende prismodel, 2024

	10% rabat		20% rabat		30% rabat	
	Absolut ændring	% ændring	Absolut ændring	% ændring	Absolut ændring	% ændring
Regionale tilskudsudgifter (mio. kr.)	1.123	72%	963	62%	771	50%
Egenbetaling (mio. kr.)	-1.292	-56%	-1.351	-59%	-1.423	-62%
Forbrug (mio. DDD)	9,3	6%	18,7	12%	28	18%
Ekspeditionspris (kr. pr. DDD)	-2,4	-9%	-5	-20%	-7,5	-29%



De overordnede effekter er de samme som i rabat- og pris-volumen modellen.

Note: Tabellen viser den absolutte og procentvise ændring ved at indføre en rabatmodel sammenlignet med den nuværende prismodel. Ændringerne er beregnet for tre scenarier med en rabat på henholdsvis 10%, 20% og 30%. De to første rækker viser, hvordan de regionale tilskudsudgifter (mio. kr.) og egenbetalingen (mio. kr.) vil ændre sig i de tre scenarier, mens de sidste to rækker viser ændringen i forbruget (mio. DDD) samt den volumen-vægtede gennemsnitlige ekspeditionspris (kr. pr. DDD).
Kilde: Implement Economics baseret på Sundhedsdatastyrelsen (2025)

Alternative prismodeller

De overordnede effekter er ens på tværs af de alternative prismodeller

- De overordnede effekter af de alternative prismodeller bevæger sig i samme retning dog med forskellige størrelser.
- Det forudsættes i analysen, at de antagede rabatter vil medføre ændret tilskud. Dette vil ikke nødvendigvis være tilfældet i virkeligheden.
- På tværs af modellerne stiger de regionale tilskudsudgifter, og egenbetalingen falder sammenlignet med den nuværende prismodel.
- Effekterne i rabatmodellen og abonnementsmodellen er stort set ens.
- Abonnementsmodellen har en årlig fast udgift, mens udgiften kan variere i løbet af året i rabatmodellen.
- Indkøbspriserne på lægemidler med stort forbrug varierer dog meget lidt igennem året, og nogle lægemidler har den samme pris igennem hele året.
- Dette gør derfor, at effekterne ved abonnementsmodellen og rabatmodellen er meget ens.

Resultater for alternative prismodeller

Ændring fra identificerede apotekslægemidler solgt under den nuværende prismodel, 2024

	Rabatmodel (20%)		Pris-volumen model		Abonnementsmodel (20%)	
	Absolut ændring	% ændring	Absolut ændring	% ændring	Absolut ændring	% ændring
Regionale tilskudsudgifter (mio. kr.)	949	61%	975	63%	963	62%
Egenbetaling (mio. kr.)	-1.358	-59%	-1.344	-58%	-1.351	-59%
Forbrug (mio. DDD)	18,7	12%	16,3	11%	18,7	12%
Ekspeditionspris (kr. pr. DDD)	-5,1	-20%	-4,6	-18%	-5	-20%

Note: Tabellen opsummerer rabatmodellen, pris-volumen modellen og abonnementsmodellen. Tabellen viser den absolutte og procentvise ændring ved at indføre en rabatmodel sammenlignet med den nuværende prismodel. De to første rækker viser, hvordan de regionale tilskudsudgifter (mio. kr.) og egenbetalingen (mio. kr.) vil ændre sig i de tre scenarier, mens de sidste to rækker viser ændringen i forbruget (mio. DDD) samt den volumen-vægtede gennemsnitlige ekspeditionspris (kr. pr. DDD).
Kilde: Implement Economics baseret på Sundhedsdatastyrelsen (2025)

1

2

3

4

Alternative prismodeller

Sensitivitetsanalyser

- > De overordnede effekter er ens alt efter om et øget forbrug ved prisreduktion inkluderes eller ej.
- > Få produkter forklarer store dele af ændringerne i de regionale tilskudsudgifter og egenbetalingen.
- > Uden de største udgiftsdrivende produkter reduceres de regionale tilskudsudgifter og egenbetalingen sammenlignet med den nuværende prismodel.

Alternative prismodeller

Forbrugseffekten ved en prisreduktion påvirker moderat effekterne på de regionale tilskudsudgifter og egenbetalingen

- Effekterne på de regionale tilskudsudgifter og egenbetalingen er overordnet ens alt efter, om man inkluderer forbrugseffekten ved en prisreduktion eller ej.
- Når det antages, at forbruget ikke stiger ved en prisreduktion, ændres størrelsesordenen på effekterne sammenlignet med, hvis forbrugseffekterne er inkluderet.
- Ændringen i de regionale tilskudsudgifter er 216-267 mio. kr. mindre end med en forbrugseffekt, afhængigt af prismodellen.
- Egenbetalingen reduceres med yderligere 85-101 mio. kr. afhængigt af prismodellen sammenlignet med, hvis forbrugseffekten er inkluderet.

Resultater for alternative prismodeller uden forbrugseffekt

Ændring fra identificerede apotekslægemidler solgt under den nuværende model, 2024

	Rabatmodel (20%)		Pris-volumen model		Abonnementsmodel (20%)	
	Absolut ændring	% ændring	Absolut ændring	% ændring	Absolut ændring	% ændring
Regionale tilskudsudgifter (mio. kr.)	686	44%	759	49%	696	45%
Egenbetaling (mio. kr.)	-1.459	-63%	-1.429	-62%	-1.452	-63%
Forbrug (mio. DDD)	0	0%	0	0%	0	0%
Ekspeditionspris (kr. pr. DDD)	-5	-20%	-4,4	-17%	-4,9	-19%

Uden forbrugseffekter stiger de regionale tilskudsudgifter sammenlignet med auktsionsmodellen.

Note: Tabellen opsummerer rabatmodellen, pris-volumen modellen og abonnementsmodellen, hvor der ikke er nogen effekt på forbruget. Tabellen viser den absolutte og procentvise ændring ved at indføre en rabat-, pris-volumen eller abonnementsmodel sammenlignet med den nuværende prismodel. De to første rækker viser, hvordan de regionale tilskudsudgifter (mio. kr.) og egenbetalingen (mio. kr.) vil ændre sig i de tre scenarier, mens de sidste to rækker viser ændringen i forbruget (mio. DDD) samt den volumen-vægtede gennemsnitlige ekspeditionspris (kr. pr. DDD).

Kilde: Implement Economics baseret på Sundhedsdatastyrelsen (2025)

Alternative prismodeller

Alternative prismodeller kan med fordel målrettes enkelte lægemidler, hvor potentialet for besparelser er størst

- På tværs af modellerne er det de tre største udgiftsdrivende produkter, som driver den store udvikling i de regionale tilskudsudgifter og egenbetaling.
- I dette scenarie fjernes disse tre produkter fra den identificerede gruppe af lægemidler for at belyse produkternes effekt. Dette medfører markante ændringer i de regionale tilskudsudgifter og egenbetalingen.
- Ved ikke at medtage de tre største udgiftsdrivende produkter fjernes en stor udgift for regionerne og en stor besparelse for borgerne.
- På tværs af modellerne opnår regionerne nu en besparelse på tilskudsudgifter. Besparelsen fra prisreduktionen er større end den ekstra udgift til tilskud på det øgede forbrug samt nye tilskud.
- Borgernes besparelse på tværs af modellerne er nu reduceret markant fra over 1 mia. kr. til ca. 50 mio. kr. Besparelsen fra prisreduktionen er stadig større end den ekstra udgift til det øgede forbrug.

Resultater for alternative prismodeller uden de tre største udgiftsdrivende produkter

Ændring fra identificerede apotekslægemidler uden de tre største udgiftsdrivende produkter solgt under nuværende prismodel, 2024

	Rabatmodel (20%)		Pris-volumen model		Abonnementsmodel (20%)	
	Absolut ændring	% ændring	Absolut ændring	% ændring	Absolut ændring	% ændring
Regionale tilskudsudgifter (mio. kr.)	-35	-5%	-30	-5%	-33	-5%
Egenbetaling (mio. kr.)	-51	-18%	-49	-17%	-49	-17%
Forbrug (mio. DDD)	9	13%	7,9	12%	9	13%
Ekspeditionspris (kr. pr. DDD)	-2,8	-20%	-2,6	-18%	-2,8	-19%

Uden de største udgiftsdrivende produkter stiger de regionale tilskudsudgifter sammenlignet med auktionsmodellen.

Note: Tabellen opsummerer rabatmodellen, pris-volumen modellen og abonnementsmodellen, hvor de tre største udgiftsdrivende produkter ikke er medtaget. Tabellen viser den absolutte og procentvise ændring ved at indføre en rabat-, pris-volumen eller abonnementsmodel sammenlignet med den nuværende prismodel. De to første rækker viser, hvordan de regionale tilskudsudgifter (mio. kr.) og egenbetalingen (mio. kr.) vil ændre sig i de tre scenarier, mens de sidste to rækker viser ændringen i forbruget (mio. DDD) samt den volumen-vægtede gennemsnitlige ekspeditionspris (kr. pr. DDD). Kilde: Implement Economics baseret på Sundhedsdatastyrelsen (2025)

Uden forbrugseffekt og uden de tre største udgiftsreducerende produkter reduceres de regionale tilskudsudgifter og egenbetalingen

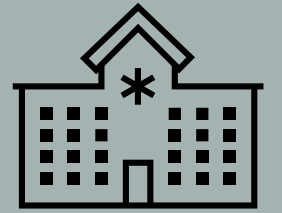
- Hvis det antages, at forbruget ikke ændrer sig ved en prisændring, og de tre største udgiftsdrivende produkter udelades fra den identificerede gruppe af lægemidler, vil både de regionale tilskudsudgifter og egenbetalingen reduceres yderligere på tværs af de modellerne i forhold til den nuværende prismodel.
- Disse resultater understøtter også, at de alternative prismodeller med fordel kan målrettes enkelte lægemidler, hvor den potentielle besparelse er størst.

Resultater for alternative prismodeller uden forbrugseffekt og uden de tre største udgiftsdrivende produkter
Ændring fra identificerede apotekslægemidler uden de tre største udgiftsdrivende produkter solgt under nuværende prismodel, 2024

	Rabatmodel (20%)		Pris-volumen model		Abonnementsmodel (20%)	
	Absolut ændring	% ændring	Absolut ændring	% ændring	Absolut ændring	% ændring
Regionale tilskudsudgifter (mio. kr.)	-106	-16%	-89	-14%	-104	-16%
Egenbetaling (mio. kr.)	-80	-27%	-73	-25%	-78	-27%
Forbrug (mio. DDD)	0	0%	0	0%	0	0%
Ekspeditionspris (kr. pr. DDD)	-2,8	-20%	-2,	-17%	-2,8	-19%

Uden forbrugseffekter og de største udgiftsdrivende produkter reduceres egenbetalingen sammenlignet med auktionsmodellen.

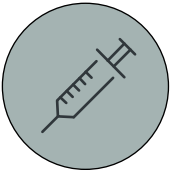
Note: Tabellen opsummerer rabatmodellen, pris-volumen modellen og abonnementsmodellen, hvor der ikke er nogen effekt på forbruget, og de tre største udgiftsdrivende produkter ikke er medtaget. Tabellen viser den absolutte og procentvise ændring ved at indføre en rabat-, pris-volumen eller abonnementsmodel sammenlignet med den nuværende prismodel. De to første rækker viser, hvordan de regionale tilskudsudgifter (mio. kr.) og egenbetalingen (mio. kr.) vil ændre sig i de tre scenarier, mens de sidste to rækker viser ændringen i forbruget (mio. DDD) samt den volumen-vægtede gennemsnitlige ekspeditionspris (kr. pr. DDD).
Kilde: Implement Economics baseret på Sundhedsdatastyrelsen (2025)



Effekterne ved udlægning

Mere behandling skal formentlig foregå tættere på borgerne, hvilket kan ske ved, at udvalgte behandlinger udlægges fra sygehusene til praksissektoren

Der er en generel bevægelse og ønske om, at mere behandling skal foregå tættere på borgerne, eksempelvis ved at nogle behandlinger kan udlægges fra sygehusene til praksissektoren. For medicin er dette relevant i en pris- og udgiftskontekst, da der er forskelle på finansieringen af medicinen.

Medicintype	Finansiering	Udlægning
MEDICIN I DANMARK  Apoteksmedicin	For tilskudsberettigede lægemidler dækkes udgifterne delvist af borgeren via egenbetaling og delvist af regionerne via tilskud. Størrelsen på tilskuddet beregnes ud fra borgerens samlede udgifter til medicin over en 12-måneders periode, men egenbetalingen kan maksimalt udgøre 4.735 kr. Borgere kan opnå individuelle tilskud alt efter livssituation, socioøkonomisk status, mm. For lægemidler, der ikke er tilskudsberettiget, dækkes alle udgifter af patienten.	Det forventes generelt, at mere behandling skal foregå tættere på borgerne. For nogle sygehusbehandlinger er der sundhedsfagligt belæg for, at disse kan udlægges fra sygehusene til praksissektoren. Udlægning af behandlinger fra sygehusene til praksissektoren og udlevering af medicin via apoteket i stedet for på sygehuset rykker i udgangspunktet udgifter fra regionerne til patienterne. Ved udlægning af behandling medfølger en egenbetaling for patienterne, som de ikke har på sygehusene. Derudover vil prisforskelle som følge af forskellig indkøbspraksis mellem sygehus og apotek påvirke de samlede udgifter, når medicin udlægges fra sygehusene. 1 Første trin er en identifikation af, hvilke behandlingsområder og tilhørende lægemidler, der kan være relevante at flytte tættere på borgerne. 2 Andet trin er at udlede centrale antagelser omkring pris- og mængdeeffekter. 3 Tredje trin er en kvantificering af effekterne på udgifter ved udlægning af de identificerede behandlinger.
 Sygehusmedicin	Alle udgifter til sygehusmedicin dækkes af regionerne, som en del af sygehusenes driftsbudgetter.	

1

2

3

Udlægning

Identifikation

- Udlægningen af behandlinger fra sygehusene til praksissektoren medfører også en ændring i udleveringen af tilhørende medicin fra sygehus til apotek.
- Tilhørende medicin vil nu blive indkøbt af apotekerne via den nuværende prismodel, og der medfølger egenbetaling for patienten.

Udlægning

Udlægning af behandlinger medfører en ændring i udleveringen af medicin

- Ved udlægning af behandlinger fra sygehus til praksissektoren fører det også til, at tilknyttet medicin skal afhentes på apotekerne i stedet for sygehusene.
- Lægemidler tilknyttet behandlinger, der udlægges, vil nu udelukkende blive indkøbt af apoteket.
- De identificerede behandlingsområder kan være fagligt relevante for udlægning.
- Prissætningen af lægemidlerne følger apotekernes medicinprismodel. Det vil sige, lægemidlerne prissættes hver 14. dag via auktion til listeprijs.
- Hvis Amgro har forhandlet en ikke-offentlig, rabatteret pris på sygehuset, ville lægemidlet ofte opleve en prisstigning ved udlægning, såfremt den nuværende prismodel ikke kan medføre tilstrækkelig konkurrence.
- Patienten skal nu udelukkende afhente sin medicin på apoteket i stedet for på sygehuset.
- Lægemidlerne vil ikke længere være fuldt finansieret af regionerne. Patienterne vil nu få en egenbetaling, men med regionalt tilskud.

Før udlægning



Regionen dækker alle udgifter til medicin for behandlinger, der udelukkende foregår på sygehuset. Hvis behandlingen starter på sygehuset, men patienten efterfølgende selv skal købe en del af medicinen på apoteket efter udskrivelse eller et ambulant besøg, dækker regionen ikke alle udgifter.



Efter udlægning



Ved udlægning af behandlinger fra sygehus til praksissektoren skal medicinen udelukkende hentes på apoteket i stedet for på sygehuset. Patienten skal nu dække en del af den samlede medicinudgift men vil stadig få et tilskud fra regionen.

Effekten ved udlægning af en behandling vil variere alt efter, hvor medicinen udleveres før udlægning...

Moderat effekt

Effekten af udlægning vil være **moderat** for behandlinger, der startes i sygehusregi, men hvor patienten selv skal købe en del af medicinen på apoteket efter udskrivelse eller ambulant besøg.

Høj effekt

Effekten af udlægning vil være **høj** for behandlinger, som udelukkende foregår på sygehuset, hvor patienten får udleveret medicin vederlagsfrit fra sygehuset.



FOKUS I DENNE
ANALYSE

1

2

3

Udlægning

Pris- og mængdeeffekter

- > Hvis Amgros har forhandlet en ikke-offentlig pris for et lægemiddel på sygehuset, vil prisen for lægemidlet stige ved udlægning af behandlingen.
- > Hvis der ikke er forhandlet en ikke-offentliggjort pris for et lægemiddel på sygehuset, vil indkøbsprisen på sygehuset være lig med apotekernes indkøbspris.
- > Lægemidler tilknyttet behandlinger, der udlægges, vil få regionalt tilskud, men der medfølger også en egenbetaling for borgeren.

Udlægning af behandlinger og tilhørende lægemidler har en række grundlæggende antagelser og mekanismer i en alt andet lige betragtning

	Pris	Forbrug	Omsætning	Regionale tilskud & egenbetaling
Effekter	Indkøbspris	Forbrug af DDD	Omsætning	Regionale udgifter
	Ekspeditionsprisen			Egenbetaling
Mekanismer og antagelser	Ved udlægning af en behandling vil tilhørende lægemidler blive indkøbt af apotekerne via den nuværende prismodel til listepris.	Forbruget af lægemidlerne antages uændret ved udlægning af behandlinger.	Omsætningen vil stige eller være uændret alt efter, om prisen stiger eller er uændret.	Lægemidler tilknyttet behandlinger, der udlægges, vil få tildelt regionalt tilskud, men der medfølger også en egenbetaling for borgeren.
	Fortrolig pris: Hvis Amgros har forhandlet en ikke-offentlig pris for et lægemiddel på sygehuset, som er lavere end apotekernes indkøbspris, vil prisen for lægemidlet stige ved udlægning af behandlingen.	Behandlingerne, som udlægges, omfatter kroniske sygdomme, hvor medicinen er nødvendig for borgeren og kræver en recept fra lægen. Derfor forventes borgerens forbrug af de tilhørende lægemidler at forblive uændret, selvom behandlingen flyttes fra sygehusene til praksissektoren.		Den regionale tilskudsgrad fastsættes til 90%, da de identificerede lægemidler er dyre og anvendes til behandling af kroniske sygdomme. De høje priser og det konstante forbrug ved kroniske sygdomme medfører opnåelse af fuldt regionalt tilskud på kort tid. ³
	Ikke-offentlig pris: Hvis der ikke er forhandlet en ikke-offentlig pris for et lægemiddel på sygehuset, vil indkøbsprisen på sygehuset være lig med apotekernes indkøbspris. Der vil derfor ikke være nogen ændring i prisen ved udlægning af behandlingen.	Der medfølger en egenbetaling til lægemidler tilknyttet behandlinger, som udlægges. Det antages, at egenbetalingen ikke vil påvirke forbruget, da medicinen til den kroniske behandling netop er nødvendig for borgeren. ²		Regionerne går fra at dække alle medicinudgifterne til lægemidlerne til kun at dække det regionale tilskud. Hvis tilskudsgraden er høj, og prisen på lægemidlet stiger markant ved udlægning, kan de regionale medicinudgifter stige i forhold til, hvis behandlingen ikke blev udlagt.
	Konkurrence: Modellen tager ikke højde for, om prisen på lægemidler tilknyttet behandlinger, som udlægges, falder på sigt som følge af øget konkurrence under den nuværende prismodel. ¹	Der er i analysen ikke taget højde for effekten af en eventuel øget behandlingskapacitet i praksissektoren og deraf følgende potentielt flere patienter i behandling.		Hvis prisen er uændret eller stiger moderat, vil de regionale udgifter falde. Udgifterne for borgeren stiger, da der medfølger en egenbetaling.

Note 1) Modellen fokuserer på ændringer i 2024 og kan derfor ikke tage højde for, om priserne på de identificerede lægemidler vil falde som følge af fremtidig konkurrence. For visse lægemidler f.eks. til psoriasis og leddegigt er der tale om biologiske lægemidler, hvor flere er gået af patent og dermed findes i billigere biosimilære kopi-udgaver. For disse lægemidler vil konkurrencen sandsynligvis stige, hvilket medfører, at prisen vil blive presset ned over tid. 2) Hvis behandlingen ikke er strengt nødvendig for borgeren, vil den højere udgift som følge af den højere pris og egenbetalingen medføre reduceret forbrug, alt andet lige. 3) Optimalt vil tilskudsgraderne være bestemt ud fra egenbetalingsloftet, men da analysen ikke benytter data på patientniveau er denne udregning ikke mulig. Tilskudsgraden er derfor fastsat ud fra en gennemsnitlig vurdering af tilskudsgraderne for andre sammenlignelige apotekslægemidler.

1

2

3

Udlægning

Kvantificering

- Effekterne på regionale medicinudgifter og egenbetaling kvantificeres for udlægning af behandlinger.
- De regionale medicinudgifter og egenbetalingen stiger for alle behandlinger ved en tilskudsgrad på både 90% og 75%.

Udlægning

Ved udlægning af udvalgte behandlinger fra sygehus til praksissektor flyttes der udgifter fra regionerne til borgerne

- De identificerede behandlinger A-F dækker forskellige behandlingsområder, hvor de anvendte lægemidler har forskellige karakteristika og prisniveauer.
- Sygehusbehandling omfatter ingen egenbetaling, da patienten får udleveret medicinen vederlagsfrit. Derfor vil udlægning fra sygehus- til praksissektoren øge egenbetalingen. Egenbetalingen vil stige med 15-129 mio. kr. for udvalgte behandlinger.
- De regionale medicinudgifter stiger med 61-776 mio. kr. svarende til en stigning på 65-213% sammenlignet med, hvis behandlingerne ikke bliver udlagt. Dette skyldes, at prisen på lægemidlerne stiger signifikant ved udlægning, og udgifterne til tilskud derved er større, end udgifterne til medicinen er på sygehusene.¹
- Ekspeditionsprisen stiger markant for alle behandlinger. Dette skyldes apotekernes indkøbspris er signifikant højere end prisen på sygehusene, som Amgros har forhandlet til et lavt niveau. Ekspeditionsprisen er ikke rapporteret af hensyn til beskyttelse af Amgros ikke-offentliggjorte indkøbspriser.

Resultater for udlægning af udvalgte behandlinger

Ændring fra identificerede lægemidler solgt på sygehusene, 2024

	Behandling A		Behandling B		Behandling C		Behandling D		Behandling E		Behandling F	
	Absolut ændring	% ændring	Absolut ændring	% ændring	Absolut ændring	% ændring	Absolut ændring	% ændring	Absolut ændring	% ændring	Absolut ændring	% ændring
Regionale medicinudgifter (mio. kr.)	61	65%	89	206%	177	118%	776	213%	264	156%	83	134%
Egenbetaling (mio. kr.)	17	-	15	-	37	-	129	-	49	-	16	-
Forbrug (mio. DDD)	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%

Note: Tabellen viser den absolutte og procentvise ændring ved at udlægge udvalgte behandlingsområder sammenlignet med den nuværende behandling på sygehusene. De to første rækker viser, hvordan de regionale udgifter (mio. kr.) og egenbetalingen (mio. kr.) vil ændre sig, mens den sidste række viser ændringen i forbruget (mio. DDD). Bemærk den volumen-vægtede gennemsnitlige ekspeditionspris (kr. pr. DDD) ikke er rapporteret af hensyn til beskyttelse af Amgros ikke-offentliggjorte indkøbspriser. Bemærk, den procentvise ændring for egenbetalingen ikke kan regnes, da denne før udlægning er nul. 1) Eksempel: Ekspeditionsprisen (Amgros ikke-offentliggjorte, forhandlede pris) på sygehuset er 5 kr. pr. DDD, og forbruget er 100 DDD. Den totale udgift er derved 500 kr. Efter udlægning er ekspeditionsprisen 10 kr. pr. DDD (listepriis højere end Amgros pris samt inkludering af apotekernes bruttoavance), og forbruget er stadig 100 DDD. Den totale udgift er 1.000 kr. Med en tilskudsgrad på 90% er regionernes udgifter til tilskud 900 kr. Det vil sige regionernes udgifter stiger med 400 kr. ved udlægning, mens patienternes egenbetaling er 100 kr.

Kilde: Implement Economics baseret på Sundhedsdatastyrelsen (2025)

Udlægning

En tilskudsgrad på 75 % er ikke tilstrækkelig til at forhindre en stigning i de regionale medicinudgifter

- Der udføres en sensitivitetsanalyse, hvor tilskudsgraden reduceres til 75% for alle lægemidler tilknyttet behandlinger, som udlægges.
- De regionale medicinudgifter stiger stadig sammenlignet med, hvis behandlingerne ikke bliver udlagt. Dog er stigningen mindre end ved tilskudsgraden på 90%.
- Egenbetalingen stiger også sammenlignet med, hvis behandlingerne ikke bliver udlagt. Dog er stigningen større, da den regionale tilskudsgrad nu er mindre.

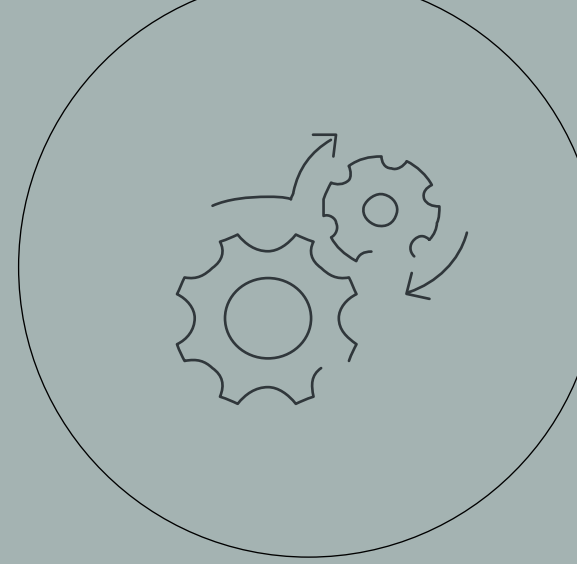
Resultater for udlægning af udvalgte behandlinger hvor den regionale tilskudsgrad reduceres

Ændring fra identificerede lægemidler solgt på sygehusene, 2024

	Behandling A		Behandling B		Behandling C		Behandling D		Behandling E		Behandling F	
	Absolut ændring	% ændring	Absolut ændring	% ændring	Absolut ændring	% ændring	Absolut ændring	% ændring	Absolut ændring	% ændring	Absolut ændring	% ændring
Regionale medicinudgifter (mio. kr.)	36	38%	67	155%	122	82%	586	160%	192	113%	59	95%
Egenbetaling (mio. kr.)	44	-	37	-	92	-	321	-	122	-	41	-
Forbrug (mio. DDD)	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%

Note: Tabellen viser den absolutte og procentvise ændring ved at udlægge udvalgte behandlingsområder sammenlignet med den nuværende behandling på sygehusene. De to første rækker viser, hvordan de regionale udgifter (mio. kr.) og egenbetalingen (mio. kr.) vil ændre sig, mens den sidste række viser ændringen i forbruget (mio. DDD). Bemærk den volumen-vægtede gennemsnitlige ekspeditionspris (kr. pr. DDD) ikke er rapporteret af hensyn til beskyttelses af Amgros fortrolige indkøbspriser. Bemærk, den procentvise ændring for egenbetalingen ikke kan regnes, da denne før udlægning er nul.

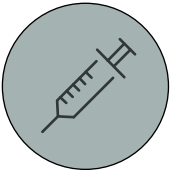
Kilde: Implement Economics baseret på Sundhedsdatastyrelsen (2025)



Effekterne ved udgiftsreducerende greb

Andre udgiftsreducerende greb kan hjælpe med at reducere de regionale tilskudsudgifter til apoteksmedicin

Medicin i Danmark kan som udgangspunkt opdeles i medicin købt af patienten på apoteket og medicin anvendt på sygehuset. Der er imidlertid væsentlige forskelle i, hvordan medicin fra de to kanaler finansieres og indkøbes samt hvilken grad af konkurrence, de er udsat for. Disse elementer har alle effekt på de samlede medicinudgifter.

Medicintype	Indkøb	Indkøbskarakteristika	Øvrige udgiftsreducerende greb
 Apoteksmedicin	• Medicinproducenterne indmelder listepreiser på medicin til Lægemiddelstyrelsen. • Hver 14. dag angiver leverandører af lægemidlet deres tilbudte pris i en lukket budrunde. • Lægemidlet med den laveste pris inden for den pågældende substitutionsgruppe udbydes på apoteket.	• Der er relativt høj konkurrence mellem sælgere. • Produkterne er relativt homogene, så der kan substitueres mellem dem såfremt, der er flere udbydere. • Forbruget er relativt kontinuert.	Øvrige udgiftsreducerende greb kan yderligere reducere de regionale medicinudgifter og egenbetalingen I udvælgelsen af udgiftsreducerende greb lægges der vægt på, at effekterne af dem skal kunne kvantificeres med vores datagrundlag. 1 Første trin i dette afsnit er en identifikation af udgiftsreducerende greb. 2 Andet trin er en kvantificering af anvendelsen af udvalgt greb.
 Sygehusmedicin	• Sygehusmedicin indkøbes centralt af regionernes indkøbsenhed Amgros. • Amgros gennemfører udbud og indgår prisaftaler med leverandører på vegne af regionerne. • Aftalerne indgås med henblik på at opnå lavere priser og bedre vilkår.	• Amgros har en stærk indkøbs- og forhandlingsposition.¹ • Produkterne er relativt specialiserede. • Behandlingsbehov kan være svært at forudsige, hvilket skaber en risiko for både køber og sælger ift. aftalemængder og priser.	

Note 1) Det er en krævende proces for leverandører at komme ind på markedet. Medicinrådets vurdering af lægemidlets værdi (QALY) sætter Amgros i en stærk position ved prisforhandlingerne med leverandørerne. Medicinrådet kan overfor producenten vurdere, at effekten er for dyr til, at lægemidlet kan godkendes, og derved presses prisen ned. Når effekten afspejles i prisen, vil Medicinrådet godkende lægemidlet.
Kilder: Danske Regioner (2025), Lægemiddelstyrelsen (2019)

1

2

Udgiftsreducerende greb

Mulige tiltag



Et tiltag, hvor apotekerne via Amgros kan indkøbe lægemidler med stort forbrug på både sygehusene og apotekerne, men hvor prisforskellen er markant, er blevet identificeret og kvantificeret.

Amgros opnår lavere priser på sygehusmedicin, hvilket skaber et potentiale for besparelser ved at lade dem administrere indkøbet af udvalgte lægemidler til apotekerne

Ved at lade apotekerne indkøbe specifikke lægemidler via Amgros, er der potentiale for at opnå lavere medicinpriser.

- Sygehusmedicin indkøbes centralt af Amgros, som over en årrække har opnået gode resultater med at forhandle og indkøbe lægemidler på vegne af de danske regioner.
- Amgros indkøber sygehusmedicin ved at gennemføre udbud og forhandle prisaftaler med leverandører med henblik på at opnå lavere priser, bedre vilkår og høj forsyningssikkerhed.
- I dag er der lægemidler, som indkøbes i store mængder af både apotekerne og sygehusene, men hvor Amgros har forhandlet en markant lavere pris, end hvad apotekerne kan indkøbe til.
- Ved at lade apotekerne købe disse lægemidler via Amgros, kan udgifterne til apoteksmedicin reduceres for regioner og borgere.
- Dette udgiftsreducerende greb vil blive kvantificeret i dette afsnit.

Lave indkøbspriser og
høj forsyningssikkerhed



Sygehus

Amgros

Kan Amgros også forhandle
lave indkøbspriser på
apoteksmedicin?



Apotek

1

2

Udgiftsreducerende greb

Kvantificering

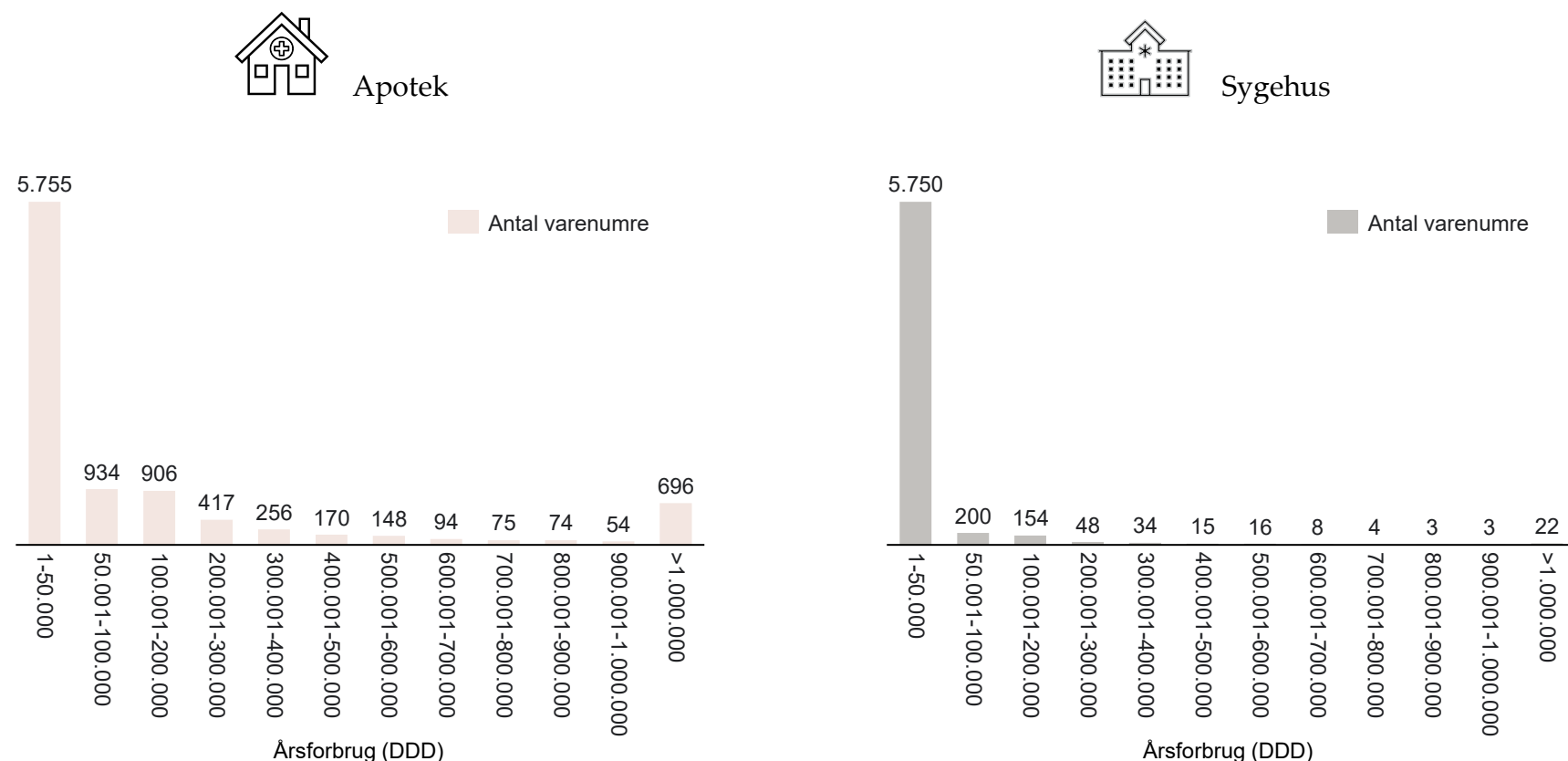
- Amgros forhandler prisen på lægemidler med stort forbrug og markant prisforskel mellem sygehus og apotek til begge sektorer.
- Hvis det antages, at borgeren oplever en uændret pris, og forbruget derved er uændret, vil de regionale tilskudsudgifter falde.
- Hvis det antages, at borgeren oplever en lavere pris, vil forbruget stige, hvilket får de regionale tilskudsudgifter til at stige.

Udgiftsreducerende greb

Amgros forhandler prisen på specifikke apotekslægemidler

- Hvis der er stor prisforskel mellem apoteket og sygehuset på det samme lægemiddel, kan prisen potentielt reduceres på apoteket ved, at apotekerne kan købe lægemidlet til sygehusprisen via Amgros.
- Dette kræver, at der er et stort forbrug af samme lægemiddel på både sygehusene og apotekerne for, at Amgros kan forhandle samme aftale for lægemidlet.¹
- Hvis det årlige forbrug skal være over 500.000 DDD for, at Amgros kan forhandle, så er det kun 1% og 12% af varenumrene på henholdsvis sygehusene og apotekerne, der kan forhandles.
- Til sammenligning har 60% og 92% af varenumrene på henholdsvis apotekerne og sygehusene et årligt forbrug på under 50.000 DDD.

Fordeling af varenumre efter forbrug af DDD



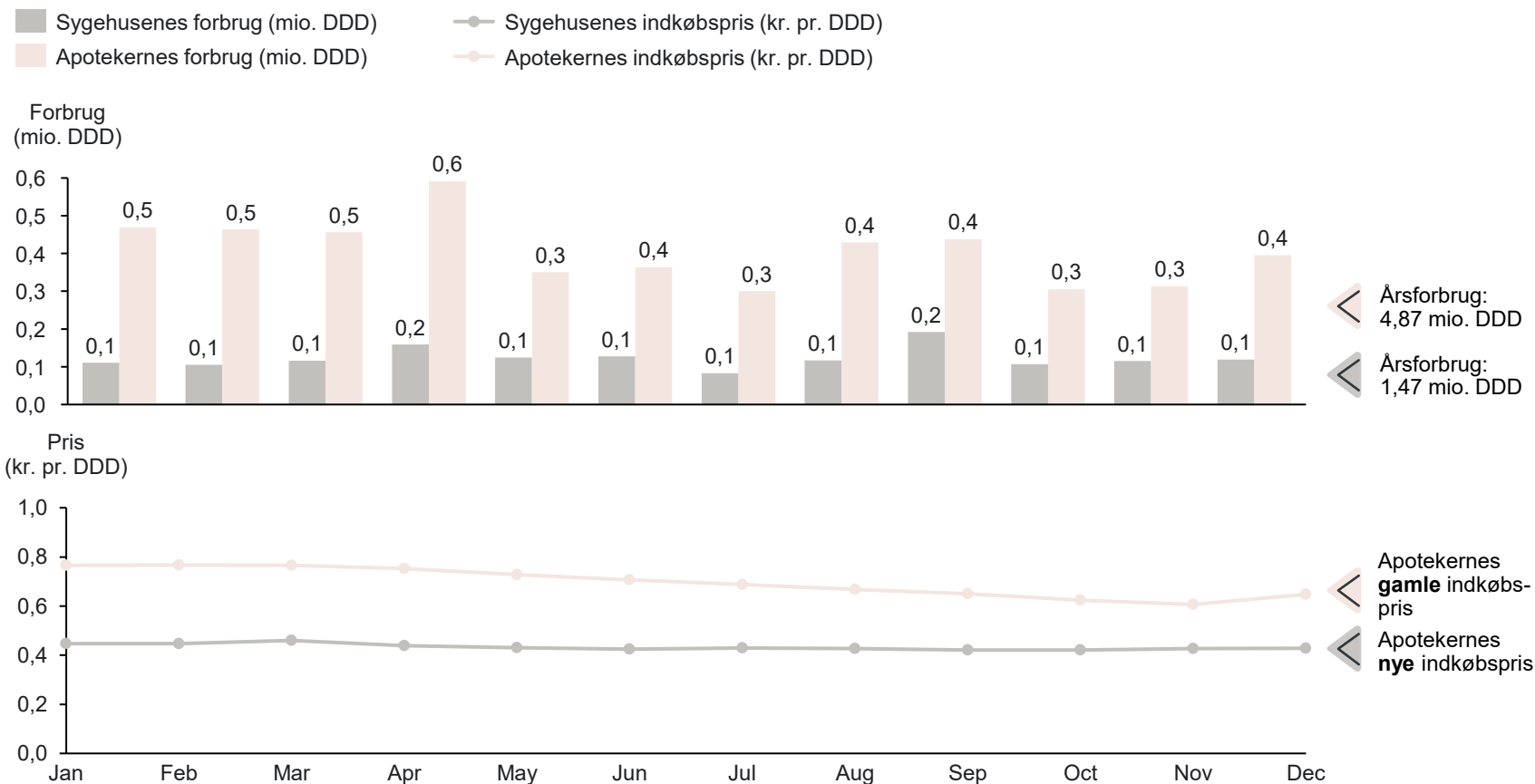
Note: Figuren til venstre viser fordelingen af varenumre efter antallet af DDD forbrugt på apoteket. Figuren til højre viser fordelingen af varenumre efter antallet af DDD forbrugt på sygehuset. 1) Forhandlingen vil foregå på varenummer-niveau.
Kilde: Implement Economics baseret på Sundhedsdatastyrelsen (2025)

Amgros forhandler lavere pris for apotekerne

- I modellen forhandler Amgros indkøbet på apotekerne, hvis det enkelte varenummer opfylder følgende kriterier:
 - Årsforbrug på sygehusene: > 500.000 DDD
 - Årsforbrug på apotekerne: > 500.000 DDD
 - Prisforskel mellem sygehusene og apotekerne: > 20%
- Det antages, at Amgros kan forhandle samme pris for de identificerede varenumre på apotekerne, som de har opnået for sygehusene.
- I eksemplet er apotekernes indkøbspris på det specifikke lægemiddel 0,6-0,8 kr. pr. DDD, mens sygehusenes indkøbspris er mere end 20% lavere.
- I modellen forudsættes det, at Amgros kan forhandle apotekernes indkøbspris ned til samme niveau som er gældende for sygehusene.
- Det betyder, at apotekernes årsforbrug på 1,47 mio. DDD vil blive indkøbt til omkring 0,4 kr. pr. DDD, hvilket er 0,2-0,3 kr. pr. DDD lavere end uden Amgros, som forhandler.

Illustrativt eksempel af, at apotekerne kan indkøbe udvalgte lægemidler via Amgros

ILLUSTRATIV



Note: Øverste figur viser udviklingen i forbrug (mio. DDD) af samme lægemiddel på henholdsvis sygehuset og apoteket i 2024. Nederste figur viser udviklingen i ekspeditionsprisen (kr. pr. DDD) af samme lægemiddel indkøbt til apotekernes gamle indkøbspris og til apotekernes nye indkøbspris, der svarer til den pris Amgros indkøber for til sygehusene.
 Kilde: Implement Economics baseret på Sundhedsdatastyrelsen (2025), Amgros og Videnscenter for Life Science (2022)

Udgiftsreducerende greb

Hvis forbrugseffekten medregnes reducerer grebet ikke udgifterne, men uden forbrugseffekten reduceres de regionale udgifter

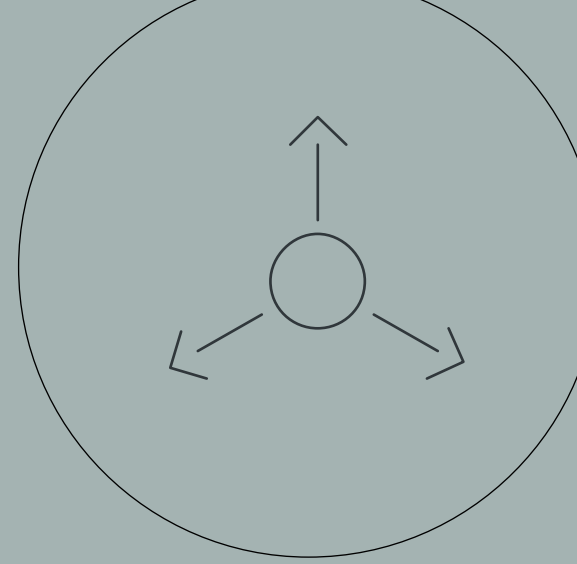
- Der er regnet fire forskellige scenarier, hvor der enten indregnes en forbrugseffekt eller ej, samt hvor prisen på sygehusene er 20% eller 30% lavere end på apotekerne.
- Ved en prisforskel på 30% frafalder nogle lægemidler, da prisforskellen mellem sygehus og apotek for disse midler er mellem 20% og 30%.
- *Uden forbrugseffekt* antager, at apotekernes indkøbspris er fortrolig, og borgeren derved oplever en uændret ekspeditionspris. Besparelsen går derfor udelukkende til regionerne.
- De regionale tilskudsudgifter falder i dette scenarie med op mod 11 mio. kr.
- *Med forbrugseffekt* antager, at borgeren oplever den markant lavere pris.
- Dette får borgeren til at øge sit forbrug, hvilket medfører, at både de regionale tilskudsudgifter og egenbetalingen stiger på trods af en lavere pris.

Resultater for apotekerne kan indkøbe udvalgte lægemidler via Amgros

Ændring fra identificerede apotekslægemidler solgt under den nuværende prismodel, 2024

	Med forbrugseffekt				Uden forbrugseffekt			
	20% prisforskel		30% prisforskel		20% prisforskel		30% prisforskel	
	Absolut ændring	% ændring	Absolut ændring	% ændring	Absolut ændring	% ændring	Absolut ændring	% ændring
Regionale tilskudsudgifter (mio. kr.)	15	33%	12	30%	-10	-22%	-11	-27%
Egenbetaling (mio. kr.)	21	34%	17	32%	0	0%	0	0%
Forbrug (mio. DDD)	161	141%	159	158%	0	0%	0	0%

Note: Tabellen viser den absolutte og procentvis ændring ved, at apotekerne kan indkøbe udvalgte lægemidler via Amgros sammenlignet med den nuværende prismodel. Ændringerne er beregnet for fire scenarier, hvor der enten indregnes en forbrugseffekt eller ej, samt hvor prisen på sygehusene er 20% eller 30% højere end på apotekerne. De to første rækker viser, hvordan de regionale tilskudsudgifter (mio. kr.) og egenbetalingen (mio. kr.) vil ændre sig i de fire scenarier, mens den sidste række viser ændringen i forbruget (mio. DDD). Bemærk den volumen-vægtede gennemsnitlige ekspeditionspris (kr. pr. DDD) ikke er rapporteret af hensyn til beskyttelse af Amgros ikke-offentliggjorte indkøbspriser. Kilde: Implement Economics baseret på Sundhedsdatastyrelsen (2025)

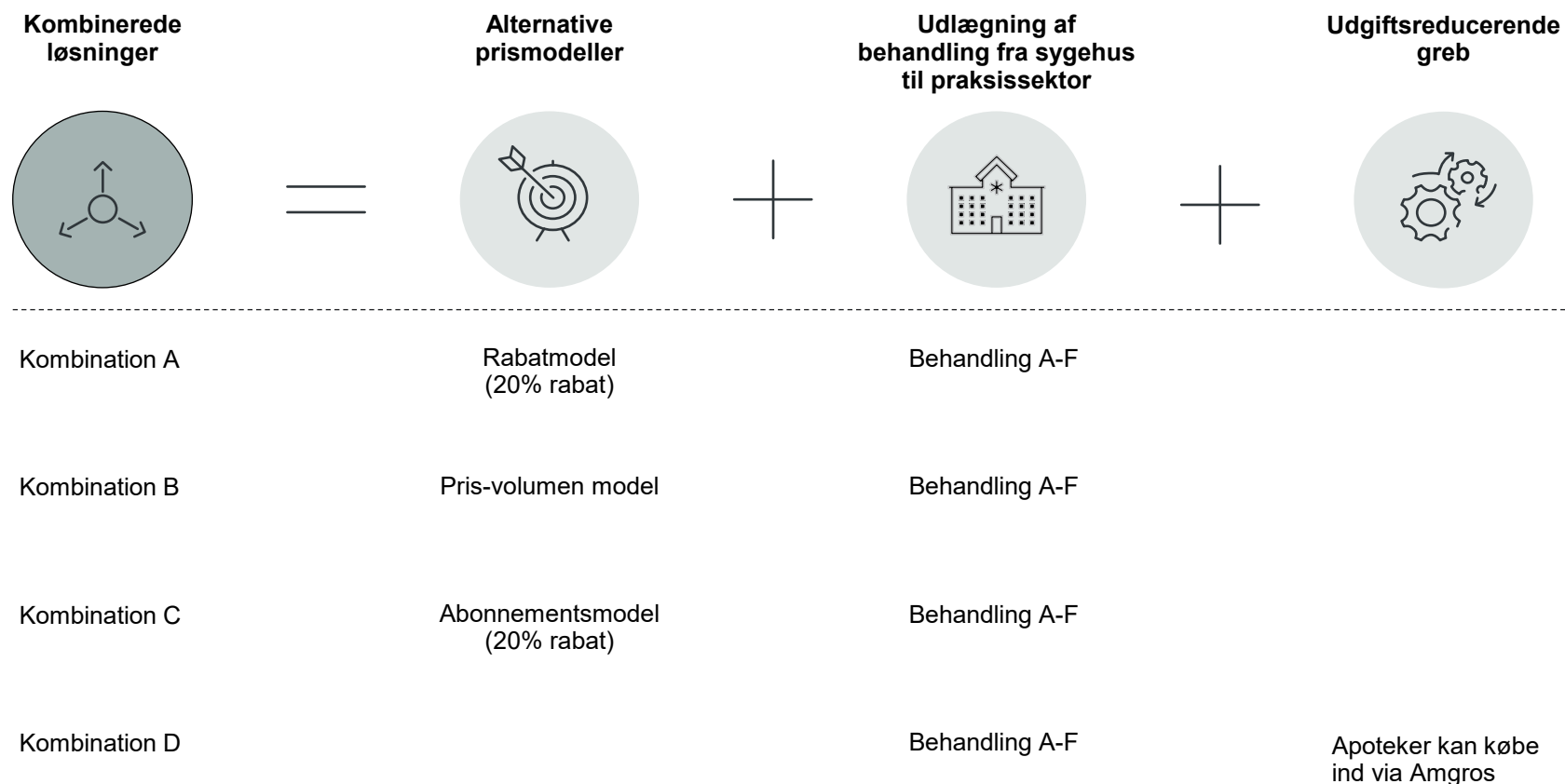


Effekterne ved kombinerede løsninger

En alternativ prismodel kombineres med lægemidler tilknyttet udlagte behandlinger

- I de kombinerede løsninger benyttes en scenariebaseret tilgang, hvor fire kombinationer estimeres.
- I kombination A, B og C kombineres en alternativ prismodel med lægemidler tilknyttet behandlinger, som udlægges fra sygehusene til praksissektoren.
- I modelleringen antages det, at når behandlingen udlægges, så bliver tilknyttede lægemidler indkøbt via en alternativ prismodel.
- Det vil sige, at den alternative prismodel erstatter Amgros' indkøb.
- I kombination D benyttes ikke en alternativ prismodel. I denne kombination kan apotekerne indkøbe lægemidler tilknyttet behandlinger til udlægning via Amgros. Det antages, at Amgros kan forhandle samme indkøbspris for apotekerne, som de kan for sygehusene.

Kombinerede løsninger



Kombinerede løsninger

Kombinerede løsninger reducerer de regionale medicinudgifter og øger egenbetalingen

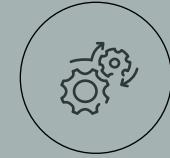
- På tværs af modellerne øges de regionale udgifter med op til 113%.
- Egenbetalingen stiger med maksimal 254 mio. kr. på tværs af kombinationerne sammenlignet med, hvis lægemidlerne var solgt på sygehusene.
- Bemærk, at effekterne er identiske i kombination A og C. I rabatmodellen under kombination A kan apotekernes indkøbspris pr. DDD variere, mens abonnementsmodellen i kombination C har en fast pris baseret på det årlige gennemsnit af apotekernes indkøbssum. Da apotekernes indkøbspris pr. DDD for de identificerede lægemidler ikke varierer gennem 2024, bliver den vægtede gennemsnitlige ekspeditionspris ens i modellerne, hvilket medfører identiske effekter i de to modeller.
- I kombination D, hvor apotekerne kan indkøbe lægemidlerne til samme pris som på sygehusene via Amgro, stiger de regionale medicinudgifter og egenbetaling signifikant mindre end i de andre kombinationer. På trods af at Amgro opnår samme pris, stiger de regionale medicinudgifter. Dette skyldes, at ekspeditionsprisen indeholder apotekernes bruttoavance, herunder også moms, som skal fordeles mellem regionen og borgerne.¹

Resultater for kombinerede løsninger

Ændring fra identificerede apotekslægemidler solgt på sygehusene, 2024

	Kombination A		Kombination B		Kombination C		Kombination D	
	Absolut ændring	% ændring	Absolut ændring	% ændring	Absolut ændring	% ændring	Absolut ændring	% ændring
Regionale medicinudgifter (mio. kr.)	1.104	104%	1.192	113%	1.104	104%	198	19%
Egenbetaling (mio. kr.)	244	-	254	-	244	-	142	-
Forbrug (mio. DDD)	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%

Note: Tabellen opsummerer fire kombinationer, hvor en alternativ prismodel kombineres med udvalgte behandlinger, som skal udlægges, eller hvor apotekerne kan indkøbe udvalgte lægemidler via Amgro. Tabellen viser den absolutte og procentvise ændring ved en kombination sammenlignet med den nuværende behandling på sygehusene. De to første rækker viser, hvordan de regionale medicinudgifter (mio. kr.) og egenbetalingen (mio. kr.) vil ændre sig i de fire scenarier, mens den sidste række viser ændringen i forbruget (mio. DDD). Bemærk den volumen-vægtede gennemsnitlige ekspeditionspris (kr. pr. DDD) ikke er rapporteret af hensyn til beskyttelses af Amgro's ikke-offentliggjorte indkøbspriser. 1) Patienternes egenbetaling og de regionale medicinudgifter ændres ikke proportionelt på grund af apotekernes bruttoavance, som fordeles i henhold til tilskudsgraden.
Kilde: Implement Economics baseret på Sundhedsdatastyrelsen (2025)



Opsummering

Implementering af alternative prismodeller kan føre til lavere egenbetaling for patienter, men forhøjede regionale medicinudgifter, afhængig af specifik model og anvendelsesområde



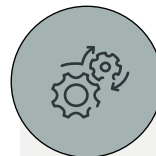
Alternative prismodeller

- Erstatte man den nuværende prismodel med en rabatmodel, pris-volumen model eller abonnementsmodel for lægemidler med lav konkurrence, vil regionernes samlede tilskudsudgifter stige mellem 0,8-1,1 mia. kr., mens patienternes egenbetaling vil falde med 1,3-1,4 mia. kr.
- Dette betyder, at regionernes besparelse fra prisrabatten opvejes af den øgede udgift til nye tilskud til lægemidler. Dog er dette parallelt med, at nye tilskud medfører en lavere egenbetaling for borgerne.
- Samtidig vil tilskud til flere lægemidler til den rette pris medføre mere sundhed for pengene.
- Sensitivitetsanalysen viser, at alternative prismodeller med fordel kan målrettes enkelte lægemidler, hvor potentialet for besparelser er størst.
- Ved at fjerne de tre største udgiftsdrivende produkter fra den identificerede gruppe af lægemidler kan både regionerne og patienterne opnå en besparelse. Regionerne opnår en besparelse, da prisreduktionen fra rabatten nu er større end udgiften til nye tilskud.



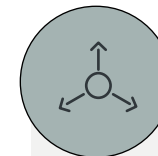
Udlægning af behandlinger

- Ved udlægning af behandlingerne medfører en egenbetaling på tilhørende medicin. For de identificerede behandlinger A-F, stiger egenbetalingen for medicinen med 15-129 mio. kr.
- De regionale medicinudgifter stiger med 61-776 mio. kr. svarende til en stigning på 65-213% sammenlignet med, hvis behandlingerne ikke bliver udlagt. Dette skyldes, at prisen på lægemidlerne stiger signifikant ved udlægning, og udgifterne til tilskud derved er større, end udgifterne til medicinen er på sygehusene.
- Samlet vil udlægningen af alle udvalgte behandlinger og tilhørende lægemidler øge de regionale medicinudgifter med 1,5 mia. kr. og patienternes egenbetaling med 0,3 mia. kr.



Udgiftsreducerende greb

- Et andet udgiftsreducerende greb lader apotekerne indkøbe specifikke lægemidler via Amgros. Disse lægemidler har hver især har et stort forbrug på både sygehusene og apotekerne, men prisen er markant lavere på sygehusene end på apotekerne.
- Hvis det antages, at borgeren oplever en lavere ekspeditionspris på baggrund af den lavere indkøbspris, som Amgros har forhandlet, vil patienten øge sit forbrug. Dette vil medføre, at de regionale tilskudsudgifter og egenbetalingen stiger med henholdsvis op til 15 mio. kr. og 21 mio. kr. sammenlignet med, hvis apotekerne havde indkøbt lægemidlerne via den nuværende prismodel.
- Hvis det derimod antages, at borgeren oplever en uændret pris, og forbruget derved er uændret, vil de regionale tilskudsudgifter falde med op til 11 mio. kr. sammenlignet med, hvis apotekerne havde indkøbt lægemidlerne via den nuværende prismodel. I dette scenarie går besparelsen derfor udelukkende til regionerne.



Kombinerede løsninger

- Der eksisterer ikke en kombination af alternative prismodeller, udgiftsreducerende greb og udlægning af behandling, der både reducerer regionernes udgifter og patienternes egenbetaling.
- I kombination A, B og C kombineres en alternativ prismodel med lægemidler tilknyttet behandlinger, som udlægges fra sygehusene til praksissektoren.
- Disse kombinationer øger de regionale medicinudgifter med 1,1-1,2 mia. kr. og patienternes egenbetaling med 0,25 mia. kr.
- I kombination D benyttes ikke en alternativ prismodel. I denne kombination kan apotekerne indkøbe lægemidler tilknyttet behandlinger til udlægning via Amgros.
- Denne kombination øger de regionale medicinudgifter med 198 mio. kr. og egenbetalingen med 142 mio. kr.
- På trods af at Amgros opnår til samme lavere pris som på sygehusene, stiger de regionale medicinudgifter. Dette skyldes, at ekspeditionsprisen indeholder apotekernes bruttoavance, herunder også moms, som skal fordeles mellem regionen og borgerne.



5

Bilag

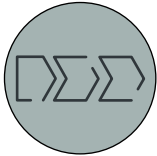
Analysen er baseret på medicinsalgsdata for 2024



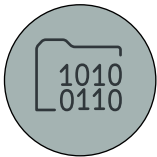
Analysen er baseret på data for apotekssalg og salg fra sygehusapoteker til sygehusafdelinger for 2024. Salg på apotekerne omfatter både håndkøbs- og receptpligtig medicin og er opgjort inkl. moms. Detailsalg af håndkøbsmedicin udenfor apotekerne er ikke inkluderet. Sygehusmedicin dækker alt medicin købt på sygehusapoteker i samtlige danske regioner og er opgjort ekskl. moms.



Data er leveret af Sundhedsdatastyrelsen i januar 2025.



Både apoteks- og sygehusdata er opgjort med en frekvens på 14 dage, hvilket gør det muligt at observere indkøbet i hver medicinperiode på 14 dage.



Granuleringsniveauet af data er på varenummer. Det vil sige, at data indeholder ATC-hovedgruppe, ATC-kode (indholdsstof) og varenummer.

Identificering af lægemidler, som er relevante for alternative prismodeller, er baseret på konkurrenceniveauet for lægemidlet

Første trin i analysen af alternative prismodeller er at identificere lægemidler, som effekterne af de alternative prismodeller skal estimeres for. Identifikationen baseres på, at lægemidlerne er under ingen til lav konkurrence, hvorfor den nuværende prismodel ikke nødvendigvis sikrer den laveste pris. Identifikationen foregår på varenummer-niveau. Der identificeres to typer lægemidler, som er under ingen til lav konkurrence; nye, dyre lægemidler uden generelt tilskud og lægemidler, som undergår revurdering.



Lægemidler, som er nye, dyre og uden generelt tilskud

Nye, dyre lægemidler uden generelt tilskud opfylder tre kriterier:

- I. Markedsføringsåret for varenummeret er 2013 eller senere. Disse varenumre er forsat patentbeskyttet, hvilket begrænser konkurrencen og giver producenten betydelige prissætningsmagt – både i forbindelse med auktionen og overfor andre aktører der ønsker at indkøbe produktet til parallelimport.
- II. Der er kun 1 producent i substitutionsgruppen for det givne varenummer. Disse varenumre produceres kun af én producent, hvilket jf. ovenstående begrænser konkurrencen og giver producenten betydelig prissætningsmagt.
- III. Varenummeret har ikke generelt tilskud, men varenummeret kan modtage generelt klausuleret tilskud. Hvis varenummeret ikke modtager generelt tilskud, har producenten incitament til at indgå i en forhandling om en alternative prismodel for at opnå generelt tilskud og derved øge sin markedsandel.



Lægemidler, som undergår revurdering af tilskud

Lægemidler under revurdering har skiftet tilskudsform i 2024. Hvis følgende ændringer i tilskud registreres i data for 2024, klassificeres varenummeret som at have været under revurdering:

- Fra generelt tilskud (A) til ingen generelt tilskud (IGT)
- Fra A til generelt klausuleret tilskud håndkøb (V)
- Fra A til generelt klausuleret tilskud recept (S)
- Fra V til IGT
- Fra S til IGT
- Fra IGT til V
- Fra IGT til S

Lægemidler, som går fra ingen eller generelt klausuleret tilskud til generelt tilskud, er ikke inkluderet, da virksomhederne ikke har nogen incitament for at indgå i en forhandling om en alternativ prismodel. Da virksomhederne allerede har opnået generelt tilskud, er der ikke nogen gevinst for dem ved en alternativ prismodel.

Metoden på tværs af de alternative prismodeller er overordnet ens

På tværs af de alternative prismodeller forhandles en ny indkøbspris for apotekerne. Denne variable vil derfor ændres sig og medfører en række ændringer i andre variable. Vi beregner følgende nye variable for hver prismodel. Variablene udregnes på varenummer-niveau.

Variable	Beskrivelse	Formel
Apotekernes indkøbspris pr. DDD (AIP)	Prisrabatten falder på apotekernes indkøbspris.	$AIP_{i,ny} = AIP_{i,gammel} \times (1 + prisrabat)$ hvor i er et varenummer indenfor et lægemiddel.
Ekspeditionspris pr. DDD (eksp)	For at gå fra AIP til eksp benyttes apotekernes bruttoavanceformel. Formlen skal benyttes på pakningsniveau. Det vil sige AIP pr. pakning kan via formlen omregnes til eksp pr. pakning. ¹	$eksp_{i,ny} = (AIP_{i,ny} \times (1 + 0,064) + 5,46)) \times 1,25 + 10$
Forbrug (vol)	Forbruget vil ændre sig, når prisen ændres. Dette estimeres via priselasticiteter, som er estimeret via en simpel lineær OLS regression. Priselasticiteterne estimeres for hver ATC-hovedgruppe. Efterfølgende kan det nye forbrug udregnes.	$log(vol_i) = \alpha + \beta log(eksp_i) + \epsilon_i$ hvor β er egenpriselasticiteten i en ATC-hovedgruppe. $vol_{i,ny} = vol_{i,gammel} \times (1 + (-\beta_{ATC} \times prisrabat \text{ i pct.}))$
Omsætning (oms)	Omsætningen udregnes ved at gange den nye ekspeditionspris med det nye forbrug.	$oms_i = eksp_{i,ny} \times volsum_{i,ny}$
Regionernes tilskud inkl. apotekernes rabat (tsk _{borger})	Et varenummer med eksisterende tilskud bevarer sin tilskudsgrad. Et varenummer, der får tildelt tilskud for første gang, tildeles en tilskudsgrad svarende til det omsætningsvægtede gennemsnit af tilskudsgrader for lægemidler med generelt tilskud i ATC-hovedgruppen.	$tsk_{i,borger} = oms_i \times tilskudsgrad_i$ hvor $tilskudsgrad_i$ er tilskudsgraden for varenummer i . $tsk_{i,borger} = oms_i \times tilskudsgrad_{ATC}$ hvor $tilskudsgrad_{ATC}$ er det omsætningsvægtede gennemsnit af tilskudsgrader for lægemidler med generelt tilskud i en ATC-hovedgruppe.
Regionernes tilskud ekskl. apotekernes rabat (tsk _{reg})	Apotekerne giver regionerne en rabat på 1,72%. Derfor udregnes regionernes udgifter til tilskud ved at gange med 0,98624. ²	$tsk_{i,reg} = tsk_{i,borger} \times 0,98624$
Patientens egenbetaling (egen)	Patientens egenbetaling er givet ved residualen af omsætningen fratrukket regionalt og kommunalt tilskud. ³	$egen_i = oms_i - tsk_{i,kom} - tsk_{i,reg}$ hvor $tsk_{i,kom}$ er kommunalt tilskud for varenummer i .

Den faktiske forbrugsændring ligger i intervallet mellem de estimeret egenpriselasticiteter og et uændret forbrug

- Egenpriselasticiteten er estimeret på ATC-hovedgruppeniveau, da antallet af observationer på ATC-kode- eller varenummer-niveau er for lavt til at opnå robuste elasticiteter.
- Estimering af egenpriselasticiteter på ATC-hovedgruppeniveau er stadig forbundet med en del usikkerhed, da estimeringen er påvirket af 'udeladt variabel bias'. Dette kan føre til en overvurdering af elasticiteterne.
- Egenpriselasticiteterne udgør derfor et øvre estimat for, hvor meget forbruget ændrer sig ved en prisændring.
- Ved at udelade en forbrugseffekt, det vil sige forbruget ændrer sig ikke ved en prisændring, opnås det nedre estimat.
- Det vil sige, at det øvre og nedre estimat definerer et interval for den sande forbrugsændring som følge af en prisændring.
- I sensitivitetsanalysen estimeres effekterne på ekspeditionsprisen, de regionale udgifter og egenbetalingen i en situation, hvor forbruget er uændret ved en prisændring.

Estimering og resultater for egenpriselasticiteter

Egenpriselasticiteten estimeres for hver ATC-hovedgruppe ved en simpel lineære OLS regression

$$\log(vol_i) = \alpha + \beta \log(eksp_i) + \epsilon_i$$

- β er egenpriselasticiteten for en ATC-hovedgruppe.
- vol_i er forbruget for varenummer i i en ATC-hovedgruppe.
- $eksp_i$ er ekspeditionsprisen for varenummer i i en ATC-hovedgruppe.
- ϵ_i er fejllædet.

Estimeringen er påvirket af 'udeladt variabel bias', hvilket betyder, at regressionen udelader vigtige forklarende variabler. Hvis den udeladte variabel forventes at påvirke forbruget (substitutter), kan udeladelsen føre til en overvurdering af β , hvilket resulterer i for høje elasticiteter.

ATC-hovedgruppe	Egenpriselasticitet
A	-0,57
B	-0,78
C	-0,67
D	-0,76
G	-0,74
H	-0,83
J	-0,88
L	-0,72
M	-0,78
N	-0,66
P	-0,96
R	-0,62
S	-1,00
V	-0,83

Prissætningsmekanismen er forskellig på tværs af de tre alternative prismodeller

Rabatmodel

I rabatmodellen forhandles en rabatteret pris mellem leverandørerne og myndighederne. En flad rabat (10%, 20% eller 30%) indføres på apotekerens indkøbspris.

Variablene udregnes jf. metoden på tværs af de alternative prismodeller.

Pris-volumen model

Pris-volumen modellen kobler forbrug med pris, så prisen falder med øget forbrug. En prisrabat indfries, når et vist forbrug opnås. Forbruget inddeles i trin. Når trinnet opnås, indfries rabatten.

Hvis det akkumulerede forbrug overstiger 20% af sidste års totalt forbrug indfries en prisrabat på 10%. Hvis det akkumulerede forbrug overstiger 80% af sidste års totalt forbrug indfries en prisrabat på 30%.

Forbrugstrinnene og prisrabatterne er givet ved:

Forbrugstrin	Prisrabat
$akk. forbrug \leq \text{årsforbrug} \times 20\%$	0%
$\text{årsforbrug} \times 20\% < akk. forbrug \leq \text{årsforbrug} \times 35\%$	10%
$\text{årsforbrug} \times 35\% < akk. forbrug \leq \text{årsforbrug} \times 50\%$	15%
$\text{årsforbrug} \times 50\% < akk. forbrug \leq \text{årsforbrug} \times 65\%$	20%
$\text{årsforbrug} \times 65\% < akk. forbrug \leq \text{årsforbrug} \times 80\%$	25%
$\text{årsforbrug} \times 80\% \leq akk. forbrug$	30%

Variablene udregnes jf. metoden på tværs af de alternative prismodeller.

Abonnementsmodel

Abonnementsmodellen baseres på betaling af en fast pris eller "abonnement" til leverandøren mod adgang til ubegrænset forbrug.

I abonnementsmodellen benyttes AIP pr. DDD ikke. I denne model er abonnementsprisen givet ved den årlige gennemsnitlige indkøbssum indenfor hver 14. dags medicinperiode inklusiv en rabat (10%, 20% eller 30%).

$$AIPsum_{i,ny} = \frac{\sum_{j=1}^{26} AIPsum_{i,j,gammel}}{26} \times (1 + prisrabat)$$

hvor $AIPsum_{i,j,gammel}$ er indkøbssummen for varenummer i i hver 14. dags medicinperiode j .

Variablene udover apotekernes indkøbssum udregnes jf. metoden på tværs af de alternative prismodeller.

I analysen antages det, at den samme alternative prismodel anvendes på tværs af alle identificerede lægemidler. I praksis vil dette dog variere fra lægemiddel til lægemiddel og i høj grad afhænge af den enkelte virksomheds situation, forhandlingsposition og rabatvillighed.

Indkøbet af lægemidler tilknyttet behandlinger, som udlægges, ændres fra Amgros ikke offentliggjorte priser til apotekernes auktionsmodel

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har identificeret behandlinger, der potentielt kan være fagligt relevante at udlægge fra sygehusene til apotekerne. Dette medfører, at udleveringen af lægemidler (og varenumre herunder) tilknyttet behandlinger, som udlægges, nu flyttes fra sygehusene til apotekerne.

Identifikation af varenumre tilknyttet behandlinger, som udlægges

Varenumre tilknyttet behandlinger, som udlægges, identificeres i data pba. ATC-kode og sygehusspeciale.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har identificeret alle ATC-koder (indholdsstoffer), som tilknytter sig til behandlingen, der potentielt kan være fagligt relevante at udlægge.

Derudover er sygehusspecialet, som behandlingen indgår i på sygehusene, identificeret.

Ved at koble ATC-koder med sygehusspeciale identificeres de varenumre for de behandlinger, der udlægges.

Effektberegninger ved udlægning af behandlinger og tilknyttet lægemidler

De identificerede varenumre udleveres nu af apotekerne.

Varenumrene indkøbes af apotekerne via auktion. **Indkøbsprisen** ændres derfor fra Amgros ikke-offentlige pris til apotekernes indkøbspris og indkøbes på lige fod med alt andet apoteksmedicin via auktion.

Ekspeditionsprisen beregnes jf. metoden på tværs af de alternative prismodeller. For at sammenligne ekspeditionsprisen efter udlægning, så sammenlignes denne med den ikke-offentlige pris på sygehuset, hvor der er pålagt moms.

Forbruget af lægemidlerne antages uændret ved udlægning af behandlinger, selvom der i realiteten formentlig vil ses et øget forbrug grundet øget behandlingskapacitet i praksissektoren. Se diskussion i rapporten.

Omsætningen beregnes jf. metoden på tværs af de alternative prismodeller.

Alle varenumre tilknyttet behandlinger, som udlægges, tildeles **regionalt tilskud**. Tilskudsgraden er fastsat til 90%. Se forklaringen i analysen.

Egenbetalingen ved udlægningen bliver derfor omsætningen fratrukket det regionale tilskud.

Apotekerne kan indkøbe identificerede lægemidler via Amgro til samme pris som på sygehusene

Prisen på apotekerne forhandles af Amgro. Det antages, at Amgro kan forhandle samme pris for identificerede varenumre på apotekerne. Det vil sige, at Amgro ikke-offentlige, forhandlede pris på sygehusene bliver den nye indkøbspris på apotekerne for identificerede varenumre.¹

Identificerede varenumre opfylder følgende kriterier

- I. Årsforbruget af varenummeret er mindst 500.000 DDD på sygehusene.
- II. Årsforbruget af varenummeret er mindst 500.000 DDD på apotekerne.
- III. Prisen er markant højere på apotekerne end på sygehusene.

Der er regnet på to forskellige scenarier, hvor der enten indregnes en forbrugseffekt eller ej

Uden forbrugseffekt

Det antages, at borgeren oplever en uændret ekspeditionspris. Besparelsen går derfor udelukkende til regionerne. Dvs. apotekernes indkøbspris sættes lig med Amgro's fortrolige, forhandlede pris. Denne besparelse får de regionale tilskudsudgifter til at falde, mens ekspeditionsprisen, forbruget og egenbetalingen er uændret.

Med forbrugseffekt

Det antages, at borgeren oplever den markant lavere pris, som Amgro nu forhandler på de identificerede lægemidler. Udover apotekernes indkøbspris udregnes variablene jf. metoden på tværs af de alternative prismodeller. Ekspeditionsprisen falder, mens forbruget, regionale tilskudsudgifter og egenbetalingen stiger.

Note 1) Denne antagelse kan udfordres. Hvis apotekerne kan købe ind via Amgro, kan Amgro forhandle på vegne af en stor samlet volumen på tværs af sektorer (sygehuse og apoteker). Producenterne har allerede accepteret en lavere pris for sygehusene, hvilket kan give en præcedens for en lignende pris til apotekerne. Modsat kan producenter se en mulighed for at opnå en højere pris, da apoteksmarkedet ofte er mere kommercielt drevet end sygehusmarkedet. Producenterne kan også argumentere for, at sygehusmarkedet har en anden prisdynamik, og dermed kræve en højere pris på apoteksmarkedet.

Kilde: Implement Economics

I de kombinerede løsninger udlægges behandlinger, og de tilknyttede lægemidler indkøbes af apoteket via en alternativ prismodel eller via Amgros

I de kombinerede løsninger benyttes en scenariebaseret tilgang, hvor fire kombinationer estimeres.

Kombination A, B og C

I disse kombinationer kombineres en alternativ prismodel med lægemidler tilknyttet behandlinger, som udlægges fra sygehusene til praksissektoren.

I modelleringen antages det, at når behandlingen udlægges, så bliver tilknyttede lægemidler indkøbt via en alternativ prismodel. Det vil sige, at den alternative prismodel erstatter Amgros indkøb.

Variablene udregnes jf. den tidligere beskrevne fremgangsmetode.

Kombination D

I kombination D benyttes ikke en alternativ prismodel.

I denne kombination kan apotekerne indkøbe lægemidler tilknyttet behandlinger til udlægning via Amgros.

Det antages, Amgros kan forhandle samme indkøbspris for apotekerne, som de kan for sygehusene. Dvs. apotekernes indkøbspris sættes lig med Amgros ikke-offentlige, forhandlede pris.

Variablene udover apotekernes indkøbspris udregnes jf. metoden på tværs af de alternative prismodeller.

Implement Consulting Group