

Apotekens inköpspriser påverkas knappt av deras möjlighet att förhandla till sig rabatter

DAVID GRANLUND¹

Den slutliga versionen publiceras under våren 2021 i Ekonomisk Debatt

När apoteksmarknaden omreglerades fick läkemedelsbolag en möjlighet att ge apoteken rabatter på patentskyddade läkemedel. Regeringen hoppades att detta skulle stärka apotekens lönsamhet utan att medföra merkostnader för konsumenter och läkemedelsförmånen (prop. 2008/09:145). Jag beräknar att parallellimport före omregleringen gav besparingar på drygt 500 miljoner kronor per år i form av lägre listpriser. Detta är ungefär lika med Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets (TLV) uppskattning av de rabatter apoteken i genomsnitt fått per år efter omregleringen. Efter omregleringen leder dock inte parallellimport till signifikant lägre listpriser. Sammantaget verkar därmed omregleringen haft små effekter på apotekens faktiska inköpspriser för patentskyddade läkemedel.

Sverige har jämförelsevis låga priser på receptbelagda läkemedel med generisk konkurrens, men priserna på patentskyddade receptläkemedel, som utgör 80 procent av kostnaden för receptläkemedel, är högre i Sverige än genomsnittet för 20 europeiska länder (Konkurrensverket, 2017). Det är därför viktigt att studera hur konkurrensen som påverkar patentskyddade receptläkemedel fungerar.

Patentskyddade läkemedel möter dels konkurrens från terapeutiska alternativ, dvs andra läkemedelssubstanser som är ämnade för samma eller liknande medicinska diagnoser, och dels från parallellimporterade produkter. De senare är läkemedel som tillverkarna sålt till andra EU/ESS-länder och som parallellimportörer, utan tillverkarnas tillstånd, köper upp och säljer i länder där priserna är högre. Parallellimporterade produkter kan skilja från läkemedel som sålts direkt till Sverige (nedan kallat direktimporterade läkemedel²) i färg, form, smak och namn. Skillnaderna beror på att läkemedelsbolagen säljer olika versioner till olika länder, åtminstone delvis i syfte att minska parallellimporten.

¹ Denna artikel baseras på Granlund (2020b). Jag är tacksam för forskningsanslag från Konkurrensverket som finansierat skrivandet av denna och bakomliggande artikel samt till Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, IMS Sweden (nu en del av IQVIA) och Västerbottens läns landsting för tillhandahållande av data.

² Denna kategori inkluderar även sverigetillverkade läkemedel som sålts till svenska grossister.

I denna artikel fokuserar jag på de besparingar som konkurrens från parallellimport lett till före och efter apoteken i juli 2009 fick möjlighet att förhandla till sig rabatter. Ämnet är aktuellt eftersom en statlig utredning har föreslagit att rabatter till apoteken återigen ska förbjudas, eftersom dessa rabatter kan göra det svårare för läkemedelsbolag att sluta återbäringsavtal med regionerna (SOU 2018:89).

Nästan tre fjärdedelar av kostnaderna för receptbelagda läkemedel betalas av läkemedelsförmånen som finansieras av regionerna och staten. För läkemedel som ingår i förmånen betalar patienter högst 2 350 kronor per år i egenavgifter samt merkostnader om de väljer dyrare alternativ, exempelvis ett direktimporterat läkemedel istället för ett parallellimporterat med lägre fastställt försäljningspris. Läkemedelsbolagen lämnar in prisbud till TLV för de läkemedel de vill ska omfattas av förmånen. TLV kan då antingen fastställa priset som apotekens inköpspris, eller, om priset är för högt i förhållande till de förväntade hälsovinster, besluta att läkemedlet inte ska ingå i förmånen.³ När TLV fastställer inköpspris så fastställer de även apotekens försäljningspris enligt en formel de beslutat. Dessa fastställda inköps och försäljningspriser kallas listpriser i denna artikel.

För patentskyddade läkemedel kan apoteken från och med juli 2009 dessutom få rabatter från läkemedelsbolag och parallellimportörer. Dessa rabatter förstärker apotekens marginaler men påverkar inte direkt patienternas och läkemedelsförmånens kostnader. Däremot ska TLV ta hänsyn till dessa rabatter när de reviderar formeln som styr hur mycket högre de listade försäljningspriserna ska vara än de listade inköpspriserna.

Först visar jag att före omregleringen så föll priserna på direktimporterade läkemedel på lång sikt med i snitt 6 procent om de mötte konkurrens från parallellimporterade produkter. Detta innebar en årlig (indirekt) besparing på 420 miljoner kronor per år.⁴ Parallellimporterade produkter hade före omregleringen en marknadsandel på cirka 16 procent och deras priser var från och med juli 2005 i snitt 5 procent lägre än de rådande priserna på direktimporterade läkemedel, vilket medförde

³ Kostnaderna för läkemedel förskrivna på recept som inte ingår i förmånen har ökat från cirka 500 miljoner kronor 2004 till över 2 miljarder kronor 2014 (TLV 2014). De har fortsatt öka och uppgick 2019 till 3,4 miljarder kronor, vilket är nästan 10 procent av kostnaderna för samtliga receptförskrivna läkemedel TLV (2020).

⁴ I denna artikel uttrycks besparingarna i termer av apotekens inköpspriser i 2017 års pengavärde.

en årlig direkt besparing på 140 miljoner kronor per år. De totala besparingarna genererade av parallellimport beräknas således till 560 miljoner per år före omregleringen.

Efter omreglering finner jag inga statistiskt signifikanta tecken på att läkemedelsbolagen sänkt sina listpriser pga konkurrens från parallellimport. Anledningen är troligen att det är smartare för läkemedelsbolagen att ge apoteken kvantitetsbaserade rabatter i syfte att ta marknadsandelar från parallellimportörerna istället för att sänka priset för alla sålda förpackningar, inklusive de förpackningar de även utan prissänkningar skulle ha kunnat sälja. Rabatterna kan exempelvis påverka om apotek väljer att ha parallellimporterade läkemedel i lager och påverkar därigenom försäljningen. Bolag som inte möter konkurrens saknar däremot incitament att ge apoteken rabatter.

Dessutom höjde parallellimportörerna efter omregleringen sina listpriser så att de hamnade på nästan samma nivå som deras direktimporterade motsvarigheter.⁵ Anledningen är troligen att parallellimportörerna lättare kan öka sin försäljning genom att ge rabatter till apoteken än genom att hålla lägre listpriser. Efter omregleringen består därför besparingarna som parallellimport ger i huvudsak av rabatterna till apoteken. TLV (2015; 2018a; 2018b) bedömer att läkemedelsbolagen inte ger rabatter på direktimporterade läkemedel, men beräknar rabatterna på parallellimporterade läkemedel till i genomsnitt 470 miljoner kronor per år under åren 2011–17.

För att skatta hur konkurrens från parallellimport påverkar priserna har jag, i motsats till tidigare studier, använt en modell för partiell anpassning för att beakta att prisseffekter av konkurrens kan vara mindre på kort än på lång sikt. Det finns flera mekanismer som kan resultera i detta. En är att företag vill begränsa prisförändringarna för att undvika att eventuella prissamordningar mellan terapeutiska alternativ faller samman (Bolotova m fl, 2008). En annan är det dynamiska pristak som finns på läkemedel i Sverige. Detta pristak innebär att ett läkemedel vars pris höjs så att de blir dyrare än det dyraste likvärdiga alternativet kan exkluderas ur läkemedelsförmånen. Ett företag som är osäker om vilket det nya optimala priset är efter att det fått mer konkurrens kan på grund av detta pristak finna det klokt att sänka priset gradvis, snarare än att sänka det mycket direkt och då riskera att inte kunna justera upp priset om prissänkningen senare bedöms ha varit onödigt stor.

⁵ Egna beräkningar baserat på de datamaterial som beskrivs i nästa avsnitt visar att listpriserna för parallellimporterade läkemedel i genomsnitt var 0.3 procent (standard fel 0.1 procent) lägre än de för direktimporterade läkemedel under 2011–17. Aktuella priser återfinns på www.tlv.se/beslut/sok-i-databasen.html.

En fördel med att använda dynamiska modeller är att tidigare värden av den beroende prisvariabeln då kontrollerar för tidigare priser, vilket gör att feltermerna kommer att fånga oförklarade prisförändringar istället för oförklarade prisnivåer. De oförklarade prisförändringarna kan närmast beskrivas som priscocker och sådana är svåra att förutspå. Det är därmed inte troligt att antalet parallellimportörer en eller två månader tidigare beror på feltermen för det direktimporterade läkemedlet den aktuella månaden. Tidigare värden av konkurrensvariablerna kan därför användas som starka och exogena instrument för gällande värden.⁶

Tidigare studier har med hjälp av statistiska modeller skattat av priseffekterna av att möte konkurrens från parallellimport till -12 till -19 procent i Sverige (Ganslandt och Maskus, 2004; Granlund och Köksal-Ayhan, 2015; 2016); -11 procent i Tyskland (Duso m fl, 2014) och -3 procent i Danmark (Méndez, 2018). I dessa uppsatser har förekomsten av parallellimport antingen instrumenterats med hjälp av växelkurser och/eller åldern på läkemedlet (Ganslandt och Maskus, 2004; Granlund och Köksal-Ayhan, 2015; 2016) eller så har strukturella modeller använts (Duso m fl, 2014; Méndez, 2018). Problemet med växelkurser och åldern på läkemedlet som instrument är dels att de är relativt svaga och inte gör det möjligt att studera effekten även på den intensiva marginalen, dvs hur ytterligare en konkurrent påverkar priserna. Dels kan det inte uteslutas att dessa instrument påverkar priserna på direktimporterade läkemedel på andra sätt än genom förekomsten av parallellimport. Exempelvis kan en starkare svensk krona leda till att marginalkostnaden i kronor räknat blir lägre för de direktimporterade läkemedlen, vilket kan ge producenterna incitament att sänka priset för att sälja större kvantiteter. Även de strukturella modellerna bygger på antaganden som kan ifrågasättas. Ett sådant antagande är att företagen betraktar konkurrenters priser som exogena, dvs inte beaktar att egna prissänkningar kan föranleda konkurrenter att sänka sina priser. Detta antagande är en viktig anledning till att Duso m fl och Méndez skattar den genomsnittliga marginalkostnaden för originalläkemedel till så mycket som 76 respektive 90 procent av priserna. I kombination med de relativt höga priserna i Tyskland och Danmark, implicerar detta att originalläkemedel i många andra länder säljs till priser långt under marginalkostnaden, vilket är högst osannolikt.

⁶ Användandet av en dynamisk modell motiveras djupare i Granlund (2020a) och där redovisas även test och beräkningar kring de ekonometriska problem som kan förekomma i dynamiska modeller.

1. Preiseffekter av konkurrens från parallellimport

För att studera hur konkurrens från parallellimport före omregleringen påverkade priserna på direktimporterade läkemedel använde jag en datamängd sammanställd av IMS Sweden som täcker alla receptbelagda läkemedel som sålts i Sverige oktober 2002–oktober 2007, samt datamängder levererade av Västerbottens läns landsting som innehåller detaljerad information om varje läkemedelsprodukt.

Valet att använda data från och med oktober 2002 baseras på att apoteken från denna månad har en skyldighet att byta ut den förskrivna produkten mot den billigaste likvärdiga produkten som är tillgänglig.⁷ Läkemedel bedöms som likvärdiga om de har samma av aktiv substans, styrka och beredningsform (exempelvis tablett eller droppar) samt om förpackningarna är ungefär lika stora. Detta innebär att direktimporterade patentskyddade läkemedel endast är utbytbara mot parallellimporterade produkter av samma läkemedel. Under perioden oktober 2002–oktober 2007 kunde förskrivna produkter bytas ut mot andra vars förpackningsstorlek avvek med högst 12 procent (förutom för narkotikaklassade läkemedel där förpackningarna måste innehålla exakt den mängd som förskrivits). Data för perioden november 2007–juni 2009 användes inte eftersom det finns risk att priserna under denna period börjat påverkas av möjligheten att ge rabatter som infördes juli 2009.

För att studera effekterna på listpriserna efter omregleringen användes motsvarande data för 2010–17. Efter att ha exkluderat läkemedel för vilka det finns generiska alternativ (vilket indikerar att patentskyddet upphört) samt parallellimporterade läkemedel kvarstår 132 008 observationer avseende direktimporterade läkemedel före omregleringen.⁸ Under den andra undersökningsperioden har WHO ändrat klassificering för många läkemedel. För att undvika att detta snedvrider skattningarna för kontrollvariablerna för konkurrens från terapeutiska alternativ

⁷ Apoteken är dock inte skyldiga att byta ut läkemedel om läkaren förbjudit detta på receptet, farmaceuten bedömer att det medför risk för patienten, eller patienten väljer att själv betala mellanskillnaden mellan det förskrivna preparatet och den billigaste versionen (läkemedelsförmånslagen, 2002:160).

⁸ Information om parallellimporterade läkemedel används dock för att skapa variabler som beskriver vilken konkurrens de direktimporterade läkemedlen möter samt för att i nästa avsnitt beräkna de direkta besparingar som uppstod genom att parallellimporterade läkemedel före omregleringen var billigare än direktimporterade. Det är ovanligt att parallellimport förekommer för läkemedel för vilka generiska alternativ finns. För dessa läkemedel har vi inte heller funnit att parallellimport leder till sänkta priser, vilket kan beror på att de parallellimporterade produkterna oftast är dyrare än de generiska produkterna (Granlund och Bergman, 2018).

uteslöts den fjärdedel av observationerna som påverkades av detta, vilket resulterade i 89 002 observationer av direktimporterade läkemedel efter omregleringen. En observation i datamaterialet är en specifik produkt, med en viss aktiv substans, styrka och beredningsform som sålts av ett visst företag en viss månad.

Som beroende variabel används den naturliga logaritmen av apotekens listade inköpspris på enskilda produkter respektive månad. Notera att detta pris är lika med det faktiska transaktionspriset före omregleringen, men att så inte måste vara fallet efter omregleringen. Eftersom den kortsiktiga priset effekten av konkurrens kan vara mindre än den långsiktiga inkluderar jag föregående månads värde av den beroende variabeln som förklarande variabel. Vidare används fyra variabler för att fånga effekten av konkurrens från parallellimporterade läkemedel. Två variabler indikerar att produkten innevarande månad möter konkurrens från minst en parallellimport med samma substans ($D_substans$) respektive minst en parallellimport som är utbytbar mot det direktimporterade läkemedlet på apoteket ($D_utbytbar$). De två andra variablerna är den naturliga logaritmen av antalet företag som säljer parallellimporterade läkemedel med samma substans ($ln_substans$) respektive utbytbara parallellimporterade läkemedel ($ln_utbytbar$)⁹. Jag kontrollerar även för konkurrens från terapeutiska alternativ samt tidsspecifika och produktspecifika fixa effekter. Konkurrensvariablerna instrumenteras med variabelvärdena månaden innan och försåld kvantitet av substansen tre månader tidigare.

Tabell 1 presenterar huvudresultaten från skattningarna. Låt oss börja med att tolka resultaten för före omregleringen. Resultaten för $D_substans$ visar att möta konkurrens från en parallellimportör som sålde produkter med samma substans, men med exempelvis en annan beredningsform, före omregleringen sänkte priset med ringa 0,17 procent på kort sikt. Den långsiktiga effekten, som fås genom att dividera detta med $1-0,9568$, var dock en prissänkning på 3,9 procent. Skulle parallellimportören istället ha sålt produkter som även har samma beredningsform, styrka och ungefär samma förpackningsstorlek blev priset effekten -0,29 procent ($= -0,0017-0,0012$) på kort sikt och -6,5 procent på lång sikt. Att möta konkurrens från fler parallellimportörer gav ingen priset effekt om de bara sålde samma substans, men om de sålde utbytbara läkemedel uppnåddes en

⁹ När antalet företag som säljer parallellimporterade läkemedel med samma substans respektive utbytbara parallellimporterade läkemedel är noll har jag dock satt $ln_substans$ respektive $ln_utbytbar$ lika med noll. Dessa definitioner innebär att $D_substans$ och $D_utbytbar$ fångar effekterna av konkurrensförändringar på de extensiva marginalerna medan $ln_substans$ och $ln_utbytbar$ fångar effekterna av förändringar på de intensiva marginalerna.

måttlig prissänkning. Baserat på estimaten från tabell 1 samt deskriptiv statistik beräknas den genomsnittliga långsiktiga prissänkningen orsakad av att möta konkurrens från minst en parallell-importerad produkt med samma substans till 6 procent före omregleringen.¹⁰

Tabell 1

Effekter på priset för direktimporterade läkemedel

	Rabatter förbjudna Okt. 2002–Okt. 2007	Rabatter tillåtna Jan. 2011–Dec. 2017
Priset föregående månad (log)	0,9568*** (0,0055)	0,9573*** (0,0066)
<i>D_substans</i>	-0,0017*** (0,0006)	-0,0007 (0,0007)
<i>D_utbytbar</i>	-0,0012* (0,0007)	-0,0006 (0,0006)
<i>ln_substans</i>	0,0001 (0,0004)	-0,0002 (0,0006)
<i>ln_utbytbar</i>	-0,0010* (0,0006)	0,0001 (0,0007)
Vägd genomsnittlig långsiktig effekt av att möta konkurrens från minst en parallellimporterad produkt med samma substans	-0,0601*** (0,0151)	-0,0237 (0,0154)
Antal observationer	119 945	79 659
R ²	0,9183	0,9130

Anm och källa: Den beroende variabeln är den naturliga logaritmen av priset innevarande månad. Inom parenteserna visas standardfel som är robusta för korrelation inom substanser. ***, ** och * visar att värdena är signifikant skilda från noll på en, fem respektive tioprocentnivån. Antalet observationer påverkas av att en del inte kan användas i regressionerna eftersom värden för instrumentvariablerna saknas. Se Granlund (2020b) för övriga skattningar.

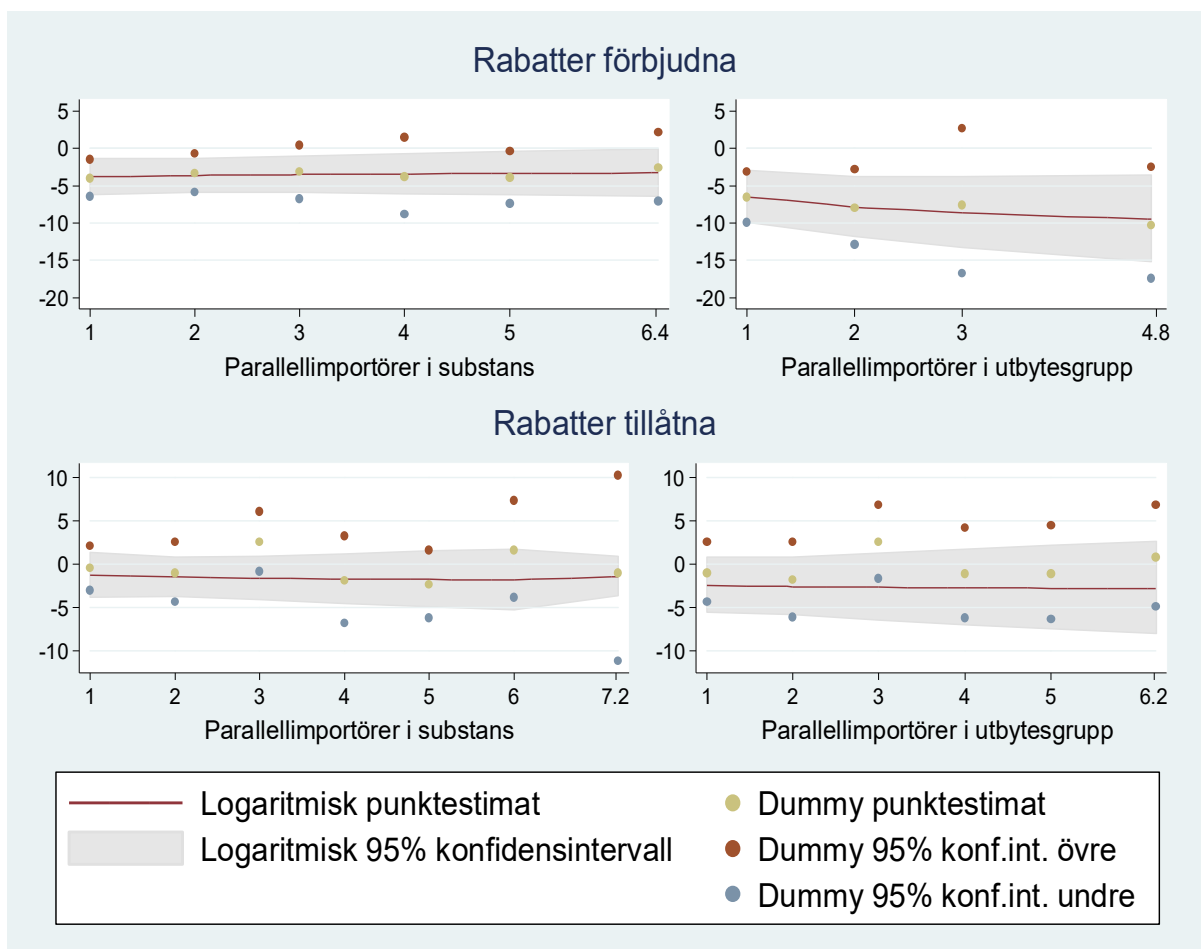
För perioden där producenter och parallellimportörer är tillåtna att ge rabatter till apoteken återfinns inga signifikanta effekter på listpriserna av att möta konkurrens från parallellimportörer. Dessutom är den vägda genomsnittliga effekten av att möta konkurrens från minst en parallellimporterad produkt med samma substans signifikant närmare noll när rabatter är tillåtna jämfört med perioden före omregleringen.

¹⁰ Den vägda genomsnittliga långsiktiga effekten beräknas före omregleringen som $(-0,0017 - 0,0012 * m_1 + 0,0001 * m_2 - 0,0010 * m_3)/(1 - 0,9568) = -0,0601$, där $m_1 \approx 0,56$, $m_2 \approx 0,76$ och $m_3 \approx 0,31$ är de vägda medelvärdena för *D_utbytbar*, *ln_substans* och *ln_utbytbar* när *D_substans* = 1 och försäljningsvärden i 2017 års priser används som vikter. Den exakta effekten i procent fås genom att ta $100 * [\exp(-0,0601) - 1] = -5,83$.

Figur 1 visar de skattade procentuella långsiktiga effekterna av antalet parallellimportörer som säljer produkter med samma substans respektive utbytbara produkter. Både resultat från tabell 1 samt från instrumentalvariabelskattningar med dummyvariabler för antalet parallellimportörer visas. Figurens övre halva visar, att enligt båda skattningarna för perioden när rabatter var

Figur 1

Skattade långsiktiga procentuella prisseffekter för direktimporterade produkter av antalet parallellimportörer: jämförelse mellan logaritmisk form och flexibel-form-skattningar



Anm: Prediktioner jämfört med att inte möta konkurrens från någon parallellimportör baserade på skattningen som redovisas i tabell 1 samt instrumentvariabelskattningar där dummyvariabler använts för antalet parallellimportörer. I de vänstra panelerna visas effekterna som uppkommer om ingen av parallellimportörerna säljer produkter inom utbytesgruppen. I de högra visas effekterna om det inte finns någon ytterligare importör som säljer samma substans i andra utbytesgrupper. För att undvika dummyvariabler som tar värdet ett i mindre än en procent av fallen har kategorier med få observationer slagits ihop. Estimatet för de sammanslagna grupperna illustreras vid det genomsnittliga värdet för antalet parallellimportörer i respektive grupp.

förbjudna, så gav den första parallellimportören som säljer samma substans en prissänkning på cirka 4 procent på lång sikt, medan ytterligare importörer av samma substans, men som inte säljer produkter som den direktimporterade produkten kan bytas ut mot på apoteken, inte gav någon ytterligare prissänkning. Även för antalet parallellimportörer som säljer utbytbara produkter ger de båda specifikationerna liknande resultat. Den nedre halvan visar att de två olika specifikationerna ger liknande resultat även för den senare tidsperioden, förutom att konfidensintervallen för en del dummyvariabler är betydligt större än för den logaritmiska skattningen.

2. Besparingar genererade av parallellimport före omregleringen

Hur mycket läkemedlen före omregleringen hade kostat i frånvaro av parallellimport beräknas genom att multiplicera den försålda kvantiteten av alla produkter – direktimporterade såväl som parallellimporterade – med det pris som direktimporterade läkemedel skulle ha haft i frånvaro av parallellimport. Besparingen är skillnaden mellan denna kostnad och den faktiska kostnaden före omregleringen. Besparingen kan delas upp i en direkt och två indirekta delar; en för direktimporterade produkter och en för parallellimporterade produkter.

Den direkta besparingen består i summan över alla parallellimporterade produkter av antal sålda förpackningar multiplicerat med prisskillnaden mellan dessa och deras direktimporterade motsvarigheter.¹¹ Den genomsnittliga årliga direkta besparingen beräknas till 231 miljoner kronor för perioden januari 2003 till oktober 2007 men blir endast 140 miljoner kronor för perioden juli 2005 till oktober 2007. Anledningen är att prisskillnaderna mellan parallellimporterade och direktimporterade produkter har minskat över åren. Januari 2003 till juni 2005 var parallellimporterade produkter i snitt 13 procent billigare än direktimporterade produkter, men därefter var prisskillnaden i snitt bara 5 procent. Højningarna av relativpriset verkar dock ha upphört efter juli 2005. En förklaring till højningarna före juli 2005 är anpassningar till att

¹¹ För 17 procent av observationerna av parallellimporterade produkter saknas direktimporterade produkter med samma aktiva substans, beredningsform, styrka och förpackningsstorlek sålda samma månad. För dessa observationer har relativpriset antagits vara lika med det vägda genomsnittliga relativpriset för parallellimporterade produkter denna månad. Som vikt har jag här använt produkten av antalet sålda förpackningar av den parallellimporterade produkten och priset på den direktimporterade produkten, dvs de parallellimporterades försäljningsvärde om de skulle ha sålts till samma pris som de direktimporterade produkterna.

riksförsäkringsverket ändrade sina prissättningsregler i maj 2001 (Riksförsäkringsverket, 2002). Dessförinnan godkände de endast priser på parallellimporterade varor om de var minst 10 procent billigare än de direktimporterade produkterna, medan de därefter gjorde individuella prövningar. Importörer som konkurrerade med andra importörer ville inte vara först med att begära prishöjningar efter regelförändringen, vilket ledde till att priserna anpassats fullt ut först i juni 2005. Beräkningarna nedan baseras på att de indirekta besparingarna är 140 miljoner kronor per år.

Den indirekta besparingen för direktimporterade produkter beräknas som det totala försäljningsvärdet för direktimporterade produkter för vilka $D_substans$ tar värdet ett, multiplicerat med 0,0619, som visar i decimalform hur mycket dyrare produkterna beräknats vara om de inte mött konkurrens från parallellimport.¹² Denna besparing beräknas till i genomsnitt 260 miljoner kronor per år. Den indirekta besparingen för parallellimporterade produkter beräknas på motsvarande sätt till 161 miljoner kronor per år.

Besparingarna illustreras i figur 2. Rektangeln illustrerar hur stora de årliga utgifterna på patentskyddade läkemedel beräknas ha varit utan konkurrens från parallellimport. För direktimporterade produkter som inte mötte konkurrens från parallellimport uppstod ingen besparing. Besparingarna för de andra två kategorierna illustreras i övre högra hörnet av figuren.

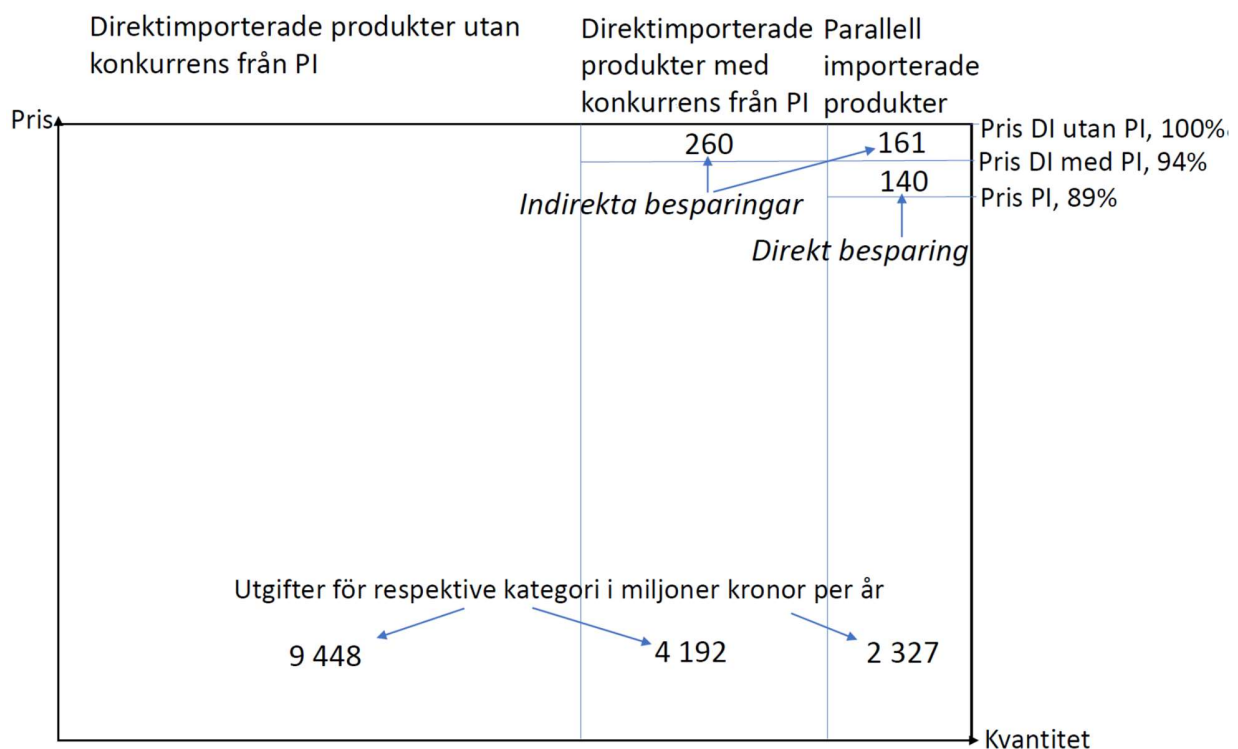
Sammantaget beräknas de årliga besparingarna genererade av parallellimport av läkemedel före omregleringen till 562 miljoner kronor i 2017 års pengavärde. Detta innebär att kostnaderna för patentskyddade receptförskrivna läkemedel beräknas ha varit 3,5% högre om parallellimport av läkemedel inte hade varit tillåtet. Huvuddelen av besparingarna utgörs av indirekta besparingar på 421 miljoner (med ett 95-procentigt konfidensintervall från 211 till 638 miljoner om osäkerheten i priseffekterna av konkurrens från parallellimport beaktas). Vi kan även notera att $140,49 + 161,49 \approx 302$ miljoner av besparingen består i att parallellimporterade produkter hade lägre pris än deras direktimporterade motsvarigheter skulle ha haft om deras priser inte sänkts på grund av konkurrens från parallellimport. Efter omregleringen upphörde i princip skillnaderna i listpris mellan parallell och direktimporterade läkemedel. Som nämnts tidigare, så påverkas dessutom inte längre direktimporterade produkters listpriser signifikant av konkurrens av parallellimport. Detta

¹² Siffran 0,0619 fås genom att först beräkna den exakta effekten i procent genom att ta $100 * [\exp(-0,0601) - 1] = -5,83$, där 0,0601 är den relevanta skattningen från Tabell 1, och att en prissänkning på 5,83 procent måste följas av en prishöjning med 6,19 procent för att komma tillbaka till den ursprungliga prisnivån.

innebär att parallellimportörerna vid givna kvantiteter, inköspriser, växelkurser, transport och ompackningskostnader mm, kan ge rabatter på 302 miljoner kronor per år utan att deras lönsamhet blir sämre än före omregleringen.

Figur 2

Illustration av genomsnittlig årliga besparing på grund av parallellimport före omregleringen.



Anm: DI och PI är förkortning för direkt- och parallellimporterade produkter. Prisnivån för DI utan konkurrens från PI har normaliserats till 100%. Beloppen avser apotekens inköspriser i miljontals kronor och 2017 års priser.

3. Rabatter till apoteken efter omregleringen

Efter omregleringen får såväl läkemedelsbolag som parallellimportörer ge apoteken rabatter på patentskyddade läkemedel. TLV ska ta hänsyn till dessa rabatter när de reviderar formeln som styr hur mycket högre de listade försäljningspriserna ska vara än de listade inköspriserna. Av denna

anledning uppskattar TLV storleken på de rabatter som parallellimportörerna ger. Däremot hävdar TLV (2018a) att läkemedelsbolagen inte ger några rabatter (TLV, 2018a).

Sveriges Apoteksförening kritiserade TLVs första beräkningar som bland annat baserades på läkemedelspriser i exportländer. Efter att ha justerat sina beräkningsmetoder ligger TLVs uppskattningar relativt nära branschens egna, exempelvis så var TLVs uppskattning för 2013 10 procent högre än apoteksföreningens (TLV, 2015).

TLV (2018a) uppskattar att rabatterna från parallellimportörerna 2009 och 2010 var mycket begränsade. Detta är förväntat eftersom listpriserna är trögrörliga, vilket medför att dessa även under 2010 kan ha påverkats av de priseffekter konkurrens från parallellimport hade före omregleringen. Det vill säga, 2009–10 var listpriserna på läkemedel för vilka parallellimporterade versioner fanns troligen fortfarande påverkade av att många av dessa mött konkurrens från parallellimporterade produkter före omregleringen och då sänkt sina priser. Låga listpriser innebär i sin tur mindre skillnader mellan listpriserna i Sverige och parallellimportörernas kostnader, vilka till stor del utgörs av deras inköpspriser. Denna skillnad utgör en gräns för hur stora rabatter parallellimportörerna kan ge utan att gå med förlust.

För 2011–17 innebär dock TLVs beräkningar att parallellimportörerna gav apoteken rabatter på i genomsnitt cirka 470 miljoner kronor.¹³ Uppskattningarna av rabatterna varierar mycket mellan åren, från drygt 200 miljoner 2011 till cirka 600 miljoner 2013 och 2016 och 2017. En del av variationen förklaras av valutakursförändringar; ju starkare krona, ju större marknadsandel för parallellimport och ju större rabatt per förpackning. Jämför vi genomsnittliga växelkurser före omregleringen och under åren 2011–17 har kronan bara förstärkts marginellt mot Euron, men förstärkts avsevärt mot det brittiska pundet.¹⁴ Förstärkningen mot det brittiska pundet har troligen

¹³ Egna beräkningar utifrån uppgifterna i TLV (2015, 2018a, 2018b). TLV har inte möjlighet att lämna ut andra siffror än de som finns i deras rapporter (epost 4/12-2018). För åren 2011 samt 2014–16 används därför ungefärliga siffror som går även räkna fram utifrån figurerna 18 och 33 i TLV (2018a). För 2012 och 2013 beräknades rabatterna till 535 respektive närmare 600 miljoner kronor i löpande priser (TLV, 2015). För 2017 anger TLV (2018b) ett intervall mellan 500 och 700 miljoner kronor och jag har använt mittpunkten i detta intervall. Om jag istället nyttjar den undre gränsen i intervallet, antar att beräkningarna för 2012 och 2013 är överskattningar med 10 procent, samt antar att de hela procenttal som används för att beräkna ungefärliga siffror för 2011 och 2014–16 alla är avrundade uppåt med en halv procentenhet fås ett estimat på 411 miljoner kronor. På motsvarande sätt beräknas ett optimistiskt genomsnitt till 526 miljoner kronor.

¹⁴ I snitt kostade en Euro 9,2 svenska kronor under oktober 2002–oktober 2007 och 9,1 under 2011–2017. Ett brittiskt pund kostade i snitt 13,5 kronor under oktober 2002–oktober 2007 och 11,2 under 2011–2017.

lett till att parallellimporterade produkter som annars skulle ha sålts i Storbritannien istället sålts i Sverige och lett till att de svenska apoteken fått större rabatter.¹⁵

Som jag nämnde i föregående avsnitt skulle parallellimportörerna, pga högre listpriser efter omregleringen, vid givna kvantiteter, växelkurser och kostnader kunna ge rabatter på 302 miljoner kronor per år utan att deras lönsamhet blir sämre än före omregleringen. Det 95-procentiga konfidensintervallet för denna summa, som visar osäkerheten i priseffekterna, är 221–385 miljoner.¹⁶ Eftersom kronan stärkts och omregleringen kan ha minskat kostnaderna för parallellimportörerna så ter sig därför TLVs skattningar rimliga. Omregleringen kan ha minskat kostnaderna för parallellimport eftersom varje apotek efter omregleringen kan välja att endast köpa parallellimporterade läkemedel från en leverantör.¹⁷ Detta medför ökade möjligheter till rabatter eftersom transporter till apoteken ingår i de pris apoteken betalar. Det är däremot inte troligt att parallellimportörerna före omregleringen hade några betydande övrvinster som sedan kunnat omvandlas till rabatter; grossisterna i lågprisländerna bör ha kunnat lägga beslag på huvuddelen av arbitragevinster genom att endast sälja till de parallellimportörer som bjöd högst.

På grund av osäkerhet både i mina beräkningar samt i TLVs beräkningar går det inte med säkerhet att säga att besparingarna av parallellimport före reformen (som jag beräknade till 562 miljoner per år) är större än de genomsnittliga rabatterna efter reformen (som enligt TLVs siffror är 470 miljoner per år). En faktor som gör det möjligt att parallellimport leder till lägre inköpspriser för apoteken efter rabattmöjligheten infördes är att rabatter även kan ges på direktimporterade läkemedel. Läkemedelsbolag som möter konkurrens från parallellimport har tydliga incitament att ge kvantitetsrabatter för att behålla eller öka marknadsandelarna för direktimporterade läkemedel. Betänk situationen för en producent som förväntar sig kunna sälja 70 000 förpackningar av ett

¹⁵ Skulle vi få en hård Brexit skulle Storbritannien inte längre få parallellimportera läkemedel från EEA-länderna, vilket troligen skulle leda till ökad parallellimport till andra länder med relativt höga priser, såsom Sverige. En hård Brexit kan därmed öka de svenska apotekens intjäning från parallellimport.

¹⁶ Beaktas även volatiliteten mellan tolv månadersperioder i: i) den direkta besparingen, ii) försäljningsvärdet för parallellimporterade produkter, samt iii) försäljningsvärdena för de direktimporterade produkterna som i varierande grad möter konkurrens från parallellimport, så ger Monte Carlo-simuleringar ett 95-procentigt konfidensintervall på 213 till 420 miljoner. Eftersom jag här jämför besparingarna med siffror från andra år kan det här vara värt att beakta även denna volatilitet.

¹⁷ Resultaten i Appendix D i Granlund (2015) indikerar, för ett givet antal sålda parallellimporterade förpackningar, att sannolikheten att apotek i Västerbotten endast säljer parallellimport från en importör per läkemedel steg med nästan 50 procent i samband med omregleringen.

läkemedel till en apotekskedja ett år om den inte ger några rabatter, medan den förväntar sig att en parallellimportör då kan sälja 30 000 förpackningar till apotekskedjan. Denna producent kan öka sin vinst genom att erbjuda apotekskedjan en kvantitetsrabatt där kedjan betalar fullt pris för de först 70 000 förpackningarna men får ett reducerat pris för eventuella ytterligare förpackningar. Producenten kan sätta det reducerade priset lika med priset i lågprislandet (som importören köper från) plus ett påslag som är lika med parallellimportörens kostnader per förpackning för transport, ompaketering mm. Parallellimportören kan inte erbjuda ett lägre pris än detta utan att gå med förlust och producenten kan därmed öka sin vinst med påslaget per förpackning multiplicerat med det ytterligare antalet förpackningar den därmed säljer i Sverige.¹⁸

På grund av dessa incitament bör möjligheterna att ge rabatter ha haft en negativ effekt på marknadsandelen för parallellimport. En analys av data från Västerbotten stödjer detta genom att indikera att rabattmöjligheterna sänkte marknadsandelen för parallellimport med en fjärdedel (Granlund, 2015). Resultaten visar även att marknadsandelen för parallellimport trots detta var högre 2011 än 2009 (när rabattmöjligheten infördes) vilket kan förklaras av att kronan var extremt svag just 2009 och att apotek blir mer benägna att erbjuda parallellimporterade produkter ju lägre dessa funnits på marknaden.¹⁹ Är resultaten i Granlund (2015) korrekta så skulle besparingen som parallellimport genererar i frånvaro av rabattmöjligheter ha varit större nu än de var 2002–2007. Ger även producenter rabatter är dock även de totala rabatterna större än TLVs beräkningar, eftersom dessa inte inkluderar rabatter från producenterna.²⁰

¹⁸ Eftersom producenten sålt de parallellimporterade enheterna till priset som gäller i lågprislandet, så är det bara skillnaden mellan detta pris och det reducerade priset den erbjuder i Sverige som ger ökad vinst. Se den teoretiska modellen i Granlund (2015) för en mer detaljerad analys över producenternas incitament att ge rabatter.

¹⁹ Apotekens agerande kan i sin tur bero på att fler konsumenter efterfrågar parallellimporterade produkter ju längre de funnits på marknaden eftersom en del konsumenter vill ha exakt samma produkt som de köpt förra gången (Jansen 2019; Granlund 2020c).

²⁰ Resultaten i Granlund (2015) indikerar att rabatter förekommer. Att producenter sänkte sina listpriser signifikant mer pga konkurrens från parallellimport före omregleringen, indikerar även det att de nyttjar möjligheten att ge rabatter för att motverka parallellimport. Troligen uppgår de rabatter som producenterna eventuellt ger till mindre än de 260 miljoner kronor per år som listpriserna på direktimporterade produkter sänktes med pga konkurrens från parallellimport före omregleringen.

4. Slutord

I denna artikel har jag visat att parallellimport före omreglering 2009 ledde till lägre listpriser, vilket gav besparingar på omkring en halv miljard per år. Konsumenterna fick direkt del av detta eftersom apotekens försäljningspris är en funktion av de listade inköspriserna. I samband med omregleringen av apoteksmarknaden fick apoteken möjlighet att förhandla till sig rabatter på patentskyddade läkemedel. Med detta ville regeringen höja apotekens bruttomarginaler för att ge apoteken incitament och möjlighet att förbättra servicen och tillgängligheten, exempelvis genom längre öppettider. Enligt TLVs beräkningar uppgår rabatterna till närmare en halv miljard ett genomsnittligt år.

Regeringens förhoppningar var vidare att rabattmöjligheterna skulle stärka apotekens marginaler genom att pressa ner apoteken faktiska inköspriser (prop. 2008/09:145). På så sätt skulle inte konsumenter och läkemedelsförmånen behöva drabbas av högre kostnader. Efter att rabattmöjligheterna infördes påverkas dock inte längre direktimporterade läkemedels listpriser signifikant av konkurrens från parallellimport. Dessutom höjde parallellimportörerna sina listpriser så att de hamnade på nästan samma nivå som deras direktimporterade motsvarigheter. Eftersom konsumentpriserna är en funktion av dessa listpriser medför detta ökade kostnader för konsumenter och läkemedelsförmånen. Konsumenter och skattebetalare har därmed fått betala för den ökade service som apotekens högre marginaler möjliggjort.

Resultaten i denna artikel ger även en indikation om vad som skulle hända om apoteken återigen skulle förlora möjligheten att förhandla till sig rabatter på patentskyddade läkemedel, såsom läkemedelsutredningen (SOU 2018:89) har förslagit. Det troliga är att apotekens inköspriser knappt skulle påverkas av detta eftersom läkemedelsbolagen och parallellimportörerna då återigen skulle börja konkurrera ner apotekens listade inköspriser. Jag tror inte heller apotekens försäljningspriser skulle påverkas, utan TLV skulle nog höja skillnaden mellan de listade inköspriserna och apotekens försäljningspriser för att kompensera apoteken för de uteblivna rabatterna. Skulle inte detta ske skulle apotekens service och öppettider troligen försämrans.

REFERENSER

Bolotova, Y, J M Connor och D J Miller, (2008) “The Impact of Collusion on Price Behavior: Empirical Results from Two Recent Cases”, *International Journal of Industrial Organization*, vol 26, s 1290–1307.

Duso, T, A Herr och M Suppliet (2014) “The Welfare Impact of Parallel Imports: A Structural Approach Applied to the German Market for Oral Anti-Diabetics”, *Health economics*, vol 23, s 1036–1057.

Ganslandt, M och K E Maskus (2004) “Parallel Imports and the Pricing of Pharmaceutical Products: Evidence from the European Union”, *Journal of Health Economics*, vol 23, s 1035–1057.

Granlund, D (2015) “The Effect of Pharmacies’ Right to Negotiate Discounts on the Market Share of Parallel Imported Pharmaceuticals”, *The B.E. Journal of Economic Analysis and Policy*, vol 15, s 1197–1235.

Granlund, D (2020a) “Price Effects of Competition from Parallel Imports and Therapeutic Alternatives – Using Dynamic Models to Estimate the Causal Effect on the Extensive and Intensive Margins”, manuskript Umeå Universitet, reviderad för *Review of Industrial Organization*.

Granlund, D (2020b) “Direct and Indirect Savings from Parallel Imports in Sweden”, manuskript Umeå Universitet.

Granlund, D (2020c) “A New Approach to Estimating State Dependence in Consumers’ Brand Choices Applied to 762 Pharmaceutical Markets”, Umeå Economic Studies 960, kommande i *Journal of Industrial Economics*.

Granlund, D och M A Bergman (2018) “Price Competition in Pharmaceuticals – Evidence from 1303 Swedish Markets”, *Journal of Health Economics*, vol 61, s 1–12.

Granlund, D och M Y Köksal-Ayhan (2015) “Parallel Imports and Mandatory Substitution Reform – A Kick or A Muff for Price Competition in Pharmaceuticals?” *The European Journal of Health Economics*, vol 16, s 969–983.

Granlund, D och M Y Köksal-Ayhan (2016) "EU Enlargement, Parallel Trade and Price Competition in Pharmaceuticals: Has the Price Competition increased?" *The B.E. Journal of Economic Analysis and Policy*, vol 16, s 1069–1092.

Janssen, A, 2019, "Switching Costs, Quality Misconceptions and Behavioral Pricing in the Pharmaceutical Market," i Janssen, A *Essays on Pharmaceutical Markets and Parliamentary Speeches*, doktorsavhandling, Handelshögskolan i Stockholm.

Konkurrensverket (2017) "Prismodeller och prispress på läkemedelsmarknaden", Konkurrensverkets rapportserie 2017:9.

Méndez, S J (2018) "Parallel Trade of Pharmaceuticals: The Danish Market for Statins", *Health Economics*, vol 27, s 333–356.

Regeringens proposition (2008/09:145), *Omreglering av apoteksmarknaden*.

Riksförsäkringsverket (2002) "Prissättning av parallellimporterade läkemedel i Sverige", RFV redovisas 2002:4.

SOU 2018:89, *Tydligare ansvar och regler för läkemedel*, slutbetänkande av Läkemedelsutredningen.

TLV (2014), *Delrapport om receptbelagda läkemedel som inte ingår i läkemedelsförmånerna*, dnr 1551/2014.

TLV (2015), *2014/2015 års översyn av apotekens handelsmarginal – slutrapport*, juni 2015, dnr 2066/2015.

TLV (2018a), *2017 års uppföljning av apoteksmarknadens utveckling*, februari 2018, dnr 286/2018.

TLV (2018b), *2018 års uppföljning av apoteksmarknadens utveckling*, november 2018, dnr 2816/2018.

TLV (2020), "Läkemedelsmarknaden", <https://www.tlv.se/lakemedel/lakemedelsmarknaden.html>.