

Priskontrollen på läkemedel

Hur ska samhället agera för att främja billiga och bra läkemedel utan att skapa mygel och slöseri? Göran Skogh har kritiska synpunkter på den nyligen framlagda departementsutredningen "Pillerpriser".

Sedan 1971 skall apoteksbolaget förhandla om priserna på läkemedel registrerade i Sverige. Apoteksbolaget är både en sorts kontrollmyndighet och monopolsäljare av läkemedel. För ett år sedan tillsattes en utredning med uppgift att bli se över ansvarsfördelningen mellan apoteksbolaget, socialstyrelsen (som registrerar läkemedlen) och statens pris- och kartellnämnd (SPK). Utredaren skulle bedöma om det var lämpligt att hålla fast vid det nuvarande förfarings sättet, dvs att enbart tillåta registrering av läkemedel vars pris är "skäligt", eller om det skall räcka med medicinsk motivering för registrering. I direktiven sägs att starka skäl talar för att priskontrollen bör överlämnas till SPK.

Utredningen har nu kommit med sitt betänkande "Pillerpriset" (Socialdepartementet DsS 1978: 11¹). I den föreslås:

1) En kontroll av företagens täckningsbidrag, som grund för läkemedelsprisernas reglering. För utländska bolag vars kostnader inte kan kontrolleras, föreslås prisjämförelser med likartade preparat.

2) Inrättandet av en ekonomisk enhet vid socialstyrelsens läkemedelsavdel-

ning eller ett nytt verk kallat "Läkemedelsverket". Det nya "verket" skall ges rätt att från respektive företag inhämta uppgifter av betydelse för priskontrollen.

3) Läkemedelsverket skall själv sluta långsiktiga avtal med industrin om detaljerna för priskontrollen.

Utredningen är en motsägelsefull produkt. I första halvan ges en god beskrivning av läkemedelsbranschen och alla de problem priskontroll av läkemedel för med sig. I andra halvan presenteras förslag som innebär en mer långtgående reglering än vad direktiven anger. Motiveringarna är diffusa. Jag är kritisk mot samtliga tre förslagspunkter, vilket kommer att framgå nedan.

Apoteksbolaget som uppköpare

Av alla läkemedel (sk farmaceutiska specialiteter) säljs 72 procent till allmänheten via recept, 18 procent till sjukhusen och 10 procent till allmänheten utan recept. Nedan skall jag enbart intressera mig för receptförskrivna läkemedel. För sådana (utskrivna vid visst tillfälle) betalar konsumenten en grundavgift på 10 kronor och därutöver hälften av apotekens försäljningspris, dock ej över 25 kronor totalt. Överstiger apotekens priser 40 kronor blir konsumentens kostnad för ytterligare läkemedel lika med noll.

Då konsumentens kostnad i regel blir

Fil dr GÖRAN SKOGH är tf professor i nationalekonomi vid Uppsala universitet. Hans forskning är inriktad på rättsekonomi, marknadsregleringar och konsumentekonomiska frågor.

¹ Sidangivelser nedan galler denna utredning.

25 kronor (eller strax därunder) uppfattar sannolikt flertalet beloppet som likvärdigt med en fast avgift för att få receptet expedierat – oberoende av innehållet. Vissheten om att receptet inte kommer att kosta patienten mer än 25 kronor inbjuder också gärna till förskrivning av stora förpackningar samt extra gratismedicin till husapoteken.

Läkemedelskommittéerna vid sjukhusen genomför bedömningar av preparaten från medicinsk och ekonomisk synpunkt. Landstingen torde visa prismedvetande i egenskap av storköpare, men deras inköp är inriktade på ett sortiment som väsentligt skiljer sig från det som skrivs ut i öppenvård. En effekt härav blir att samhället (genom apoteksbolaget, socialstyrelsen och i någon mån landstingen) i stort har en funktion som närmast kan jämföras med upphandling. Genom prispförhandlingar och registrering fastställs vilka preparat som får användas. Kvantiteterna bestäms emellertid av läkarna.

Observera att sådan priskontroll inte är en prisreglering i vanlig mening. Snarare är den analog med tex försvarets inköp av krigsmateriel, vilken sedan utdelas till förbanden efter normer som den uppköpande myndigheten inte kontrollerar.

Målet för priskontrollen

Som "upphandlare" kan naturligtvis inte samhället acceptera vilka priser som helst. Enligt läkemedelsförordningen skall priset vara "skäligt". En rimlig tolkning förefaller vara att apoteksbolaget på lång sikt skall försöka främja så billiga och bra läkemedel som möjligt.

Läkemedelsindustrin kännetecknas av höga fasta utvecklingskostnader och låga rörliga kostnader för marknadsförda produkter. I ett land utan egen industri kan det ligga i det nationella intresset att pressa priserna så nära de rörliga kostnaderna som möjligt. Men säljaren vet att

han inte behöver gå långt under priset för jämförbara preparat på världsmarknaden för att få sitt sålt (registrerat). Ovilligheten att gå ner i pris förstärks av att det är vanligt med prisjämförelser mellan länder. Lågt pris i ett land gör det lättare för andra länder att kräva prissänkningar.

"Vore det kanske bättre att inrikta oss på plagiering av andras produkter och låta de stora forskningsinriktade länderna stå för utvecklingskostnaderna?"

En möjlighet för inköparen är då att stimulera inhemsk produktion av likartade s k synonymer. Eftersom utvecklingskostnaderna är förhållandevis små för sådana plagiat, kan priserna ofta sättas lägre än importpriserna, vilket i sin tur tenderar att sänka importpriserna.

Som enda uppköpare har den inhemska sjukvårdsförvaltningen stora möjligheter att pressa priser på läkemedel producerade för hemmamarknaden, men pressas priserna för långt stagnerar utvecklingen av inhemska substitut, varför man ånyo blir hänvisad till import.

Länder utan forskningsinriktad industri har fördelen att de inte behöver ta hänsyn till utvecklingskostnaderna på samma sätt som länder med egen exportindustri. Kontrollen och prispresen förefaller också större i dessa länder. Länder som tex Italien och Frankrike har läkemedelspriser som är ca 40 procent lägre än de svenska, medan Västtyskland och Nederländerna med progressiv industri har en prisnivå som ligger 20 procent över (sid 42).

Är då detta ett pris vi måste betala för att få vara med på världsmarknaden? Inköpspriser till apoteken i nivå med Italiens skulle minska läkemedelsutgifterna med åtminstone några hundra miljoner.

Vore det kanske bättre att inrikta oss på plagiering av andras produkter och låta det stora forskningsinriktade länderna stå för utvecklingskostnaderna? Sveriges insatser är ju trots allt marginella i det internationella perspektivet.

Svensk läkemedelsexport

Till forskningens försvar kan sägas att den ger spridningseffekter på många områden inom ekonomin och att det är svårt att skilja utvecklingsverksamhet som ger unika produkter från sådana som ger synonymmer. Det finns också ett internationellt intresse av utveckling av nya produkter. En form av u-hjälp kan bestå i att vi tar på oss utvecklingskostnader för mediciner som andra länder längre fram kan köpa billigt.

Å andra sidan kan vi naturligtvis sträva efter att låta utlandet betala de svenska forskningsinsatserna i så hög grad som möjligt. Eftersom de rörliga kostnaderna är små, vore i så fall den bästa policyn att pressa priserna på hemmamarknaden och låta företagen vinstmaximera på världsmarknaden. Men det är knappast möjligt, eftersom prisjämförelser gör det svårt att sälja till högre priser borta än hemma. Då företagen är multinationella är det också möjligt att flytta introduktion av läkemedel och vinsterna till andra länder. För att stimulera till inhemsk forskningsverksamhet är man därför i praktiken hänvisad till en fri prisättning på den delen av sortimentet.

Leder då detta inte till ohämmad monopolprissättning? Svaret är att även "unika" preparat möter hård konkurrens på världsmarknaden. De flesta preparaten ligger ganska nära konkurrenternas. I de fall ett företag verkligen lyckas få fram en unik specialitet får det räkna med en omfattande konkurrens redan inom några år. Patentskydd är ineffektiva då dessa oftast skyddar tillverkningsmetoder och inte den kemiska substansen. Så snart konkurrenterna isole-

rat preparatets sammansättning är det möjligt att tillverka ett närliggande substitut. Och även om preparatet är svårt att efterlikna finns det som regel många alternativa behandlingsformer för samma sjukdomstillstånd, vilka konkurrenterna kan väntas utveckla vid högt satta priser.

Konkurrensen avspeglas också i prisutvecklingen. Standardpenicillinets pris har tex minskat till en femtedel från 1950 till 1975. De monopolpriser som kan tas ut på den internationella marknaden är temporära, inte minst med tanke på att de kunskaper utvecklingsarbetet ger kan utnyttjas under alla tider. Visst försprång måste ju de som utvecklar nya produkter ges, annars försvinner incitamentet till innovationer.

Priserna i Sverige

Apoteksbolaget har inte haft så mycket att diskutera beträffande unika inhemska och utländska preparat. Konkurrensen på världsmarknaden gör det knappast heller nödvändigt. Frågan är dock om man inte varit för släpphänt beträffande produkter avsedda för den inhemska marknaden.

"Idén att företagets vinster eller kostnader behöver kontrolleras bygger på en fundamental missuppfattning".

50 procent av apotekens totala inköp gäller svenska produkter, vars genomsnittspris är avsevärt lägre än de utländska genomsnittspriserna. Men tittar man på ett prisindex över ett givet sortiment 1970 (sid 99) så skall man finna att de utländska priserna stigit med 30 procent medan de svenska stigit 63 procent till febr 1978. Konsumentprisindex har under samma tid stigit med 90 procent. Att priserna sjunkit i förhållande till konsumentpriserna är rimligt med tanke på att

nya produkter lanseras som konkurrerar med de gamla. Utländska unika preparat bör sjunka mer än inhemska synonymer, vilket kan förklara en del av skillnaden. Tittar man på priset per förpackning, vilket även inkluderar nya preparat, skall man finna att priset stigit med 107 procent för svenska preparat och med 83 procent för utländska, tiden 1971 to maj 1978. Den stora prisökningen per förpackning förklaras till viss del av dyrare och större förpackningar både för svenska och utländska produkter.

Av de 1 650 olika preparat (motsvarande 2 500 farmaceutiska specialiteter) som saluförs i Sverige svarar de 100 största för omkring 50 procent av totala försäljningen. 700 av specialiteterna når inte en årsförsäljning på 30 000 kronor (i apotekens inköpspriser, sid 29). Importen gäller framför allt tämligen unika produkter. Utländska företag ger sig knappast in på den svenska marknaden och konkurrerar med vitaminer, hostmediciner, huvudvärkstabletter etc där det finns jämförbara inhemska produkter. Man har marknadsföringsmässiga nackdelar genom att man är liten på marknaden. Introduktionskostnaderna är höga, bland annat på grund av ett tidsödande registreringsförfarande.

Socialstyrelsen debiterar också registreringsavgifter, som för närvarande uppgår till 11 300 kronor per specialitet, plus en årsavgift på 7 500 kronor, vilket ytterligare minskar incitamentet för konkurrenter att försöka ge sig in på den svenska marknaden.

Man kan utgå från att inhemska företag knappast priskonkurrerar med varandra på svenska marknaden, bl a därför att antalet registrerade synonymer är få. Det medför att monopolinslaget på en ganska skyddad hemmamarknad kan vara betydande. Så behöver emellertid inte vara fallet. Som "upphandlare" för den inhemska marknaden har myndigheterna mycket goda möjligheter att pressa

priserna på inhemska preparat. Risken är snarast att priserna sätts så lågt att utvecklingskostnaderna inte kan täckas för motiverad produktion. Men då endast den produktion som kan ske till lägre pris än import är motiverad, sker prisförhandlingarna bäst utifrån internationella jämförelser.

Enligt utredningen (sid 36) har apoteksbolaget hävdad att nya synonympreparat skall prissättas lägre än de som redan finns på marknaden, men med mo-

"För att begränsa myglet är det nödvändigt med klar ansvarsfördelning mellan myndigheter och företag".

tiveringen att fler preparat ger ökade kostnader i försäljningsledet och för sjukvården. Det är möjligt att fler preparat något höjer administrationskostnaderna. Betydligt viktigare förefaller dock att nya billiga preparat motiverar sänkta priser på de gamla. På den svenska marknaden finns förhållandevis få synonyma preparat. Ett sätt att få billigare läkemedel är därför att i möjligaste mån minska skyddet av den inhemska marknaden med internationella prisjämförelser som förhandlingsargument och med hot om aktiv importpolitik.

Socialstyrelsens registreringsavgifter bör kanske också slopas. Kostnaderna för läkemedelskontrollen kan finansieras skattevägen direkt. De hamnar ju till stor del där i alla fall genom övervältringen på läkemedlen, vilka ju i huvudsak betalas med skattemedel.

Priskontroll baserad på lönsamhetsberäkningar

Utredarens förslag tyder på att denne tagit intryck av det engelska kontrollsystemet som karaktäriseras av en reglering utifrån företagets lönsamhet. Prisni-



vån i England är betydligt lägre än i Sverige.

Ett allmänt problem med den föreslagna kontrollmetoden måste emellertid vara att det finns alltför många möjligheter att manipulera den redovisade lönsamheten, vilket mått man än väljer. För effektiv kontroll fordras omfattande studier av företagens interna redovisning. Utredaren vill också ge "läkemedelsverket" sådana befogenheter, vilket rimligtvis medför en omfattande byråkratisering av läkemedelsindustrin. Därtill kommer att systemet tenderar att hålla improduktiva företag under armarna medan vinstgivande företag bestraffas genom tvång att sänka priserna.

Idén att företagets vinster eller kostnader behöver kontrolleras bygger på en fundamental missuppfattning. "Uppköparens" alternativkostnad utgörs av kostnaden för *alternativa preparat*. Information om det enskilda företagets kostnader kan möjligtvis användas som ett förhandlingsargument, men då säl-

jaren vet med sig att preparaten kan säljas i nivå med konkurrenternas priser, torde det inte ha någon större betydelse. Dessutom bör effektiva och därmed vinstgivande företag stimuleras. Eftersträvas billiga och bra läkemedel på lång sikt är därför pris- och kvalitetsjämförelser, preparat för preparat, den bästa metoden.

Som bäddat för mygel

Den närmare utformningen av reglerna för priskontrollen löses enligt utredaren lämpligen genom långsiktiga avtal mellan "läkemedelsverket" och industrins representanter. Han ansluter sig därmed till en förhandlingsfilosofi utbredd bland svenska byråkrater, organisationer och i viss mån storföretag.

Ett problem med sådana förhandlingar är att de verkar konkurrensbegränsande snarare än effektivitetsbefrämjande. Industrins representation kommer att domineras av de största och mest välorganiserade företagen. Dessa kan presen-

tera kostnadskalkyler och förhandla sig till regler som gynnar dem själva på skattebetalarnas och de övriga konkurrenternas bekostnad. Risken att de allra största läkemedelsföretagen (som också dominerar försäljningen på hemmamarknaden) genomdriver ytterligare skydd av den inhemska produktionen förefaller uppenbar. För att begränsa myglets utbredning är det nödvändigt med klar ansvarsfördelning mellan myndigheter och företag.

Det huvudsakliga argumentet mot apoteksbolaget som "uppköpare" har varit att högre läkemedelspriser ökar bolagets intäkter genom de procentuella pålåggen på inköpspriserna. Det enklaste sättet att lösa problemet är kanske att införa enhetligt pålägg per distribuerat preparat, vilket också förmodligen bättre avspeglar apotekens kostnadsstruktur.

Oberoende av om apoteksbolaget, socialstyrelsen eller ett läkemedelsverk kontrollerar priserna är det viktigt att det i direktiven framgår att dess huvudsyfte är att driva "uppköpande" verksamhet. För det behövs inga befogenheter att inhämta kostnadsuppgifter från företagen. Däremot behövs god kompetens i läkemedelsfrågor. Förhandlingar utifrån pris- och kvalitetsjämförelser är tillräckliga. Måluppfyllelsen mäts lämpligen utifrån pris- och kvantitetsutvecklingen på lång sikt.

"En rimlig lösning kan . . . vara att låta konsumenterna genomgående betala 50 procent av apotekspriset".

När det gäller generell prisövervakning i anslutning till prisstopp eller inflation bör ansvaret ligga på SPK, som redan har de befogenheter som behövs. Därvidlag skiljer sig inte läkemedel från andra varor, varför det knappast behövs

speciella regler eller kunskaper om läkemedel. I den mån ett läkemedelsföretag skulle utnyttja sin marknadsställning otillbörligt, ligger det under näringsfrihetsombudsmannens ansvarsområde. Av regional- eller industripolitiska skäl kan det finnas anledning att bedöma enskilda företags kostnadsstruktur, men det berör i första hand industridepartementet.

Låt konsumenterna betala mera

Samhällets kostnader för läkemedelsförbrukningen beror inte bara på priserna utan också på kvantiteterna. För att minska onödiga och dyra förskrivningar kan läkarna kontrolleras intensivare, men utan direkt kostnadskontroll blir resultatet förmodligen magert. En möjlighet är att låta patienterna betala en del av kostnaderna för läkemedlen utöver de nuvarande 25 kronorna. Motivet att skaffa sig reservpreparat billigt begränsas då, samtidigt som den privilegierade ställning gratisutdelningen innebär för läkarna elimineras.

25 kronor är i dagens ekonomi en liten utgift, speciellt för höginkomsttagare som förmodligen förbrukar mer läkemedel än låginkomsttagare. Äldre förbrukar mer läkemedel än yngre, men då de äldre grupperna fått det avsevärt bättre (relativt sett) under senare år genom de värdesäkrade pensionssystemen, finns det mindre anledning än förr att ta särskild fördelningspolitisk hänsyn till denna kategori.

Hur man än ser på vikten av att den sjuke kan få billig medicin bör det nuvarande systemet kunna differentieras mer så att de fördelningspolitiska målen bättre tillgodoses, samtidigt som kostnaderna för import, distribution och onödigt svinn hos konsumenterna begränsas.

50 procent av apotekens försäljningspris täcker i stort de rörliga kostnaderna för producenterna, apoteken och gros-

sisterna.⁹ En rimlig lösning kan därför vara att låta konsumenterna genomgående betala 50 procent av apotekspriset. Låginkomsttagare som förbrukar mycket eller dyr medicin kan subventioneras genom att receptförskrivningar över t ex 150 kronor under föregående 12 måna-

ders period helt eller delvis betalas av försäkringskassorna beroende på beräknad sjuklön. Man bör också överväga att (som i många andra länder) inte alls subventionera receptfria farmaceutiska preparat. De kan betraktas som vilka hälsobringande konsumtionsvaror som helst.