

Apotekens inköpspriser påverkas knappt av deras möjlighet att få rabatter

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 (Regeringens proposition 2008/09:145). Jag beräknar att parallellimport före omregleringen gav besparingar på drygt 500 miljoner kr 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.

DAVID GRANLUND

är docent i national-ekonomi vid Umeå universitet. Hans forskning berör främst läkemedelsmarknaden samt offentlig-ekonomiska frågeställningar kring beskattning och sjukvård.
David.Granlund@umu.se

Sverige har jämförelsevis låga priser på receptbelagda läkemedel med generisk konkurrens, men priserna på patentskyddade 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/EES-länder¹ 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.

I denna artikel fokuserar jag på de besparingar som konkurrens från parallellimport lett till före och efter att 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).

¹ I det Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES) ingår förutom EU-länderna Island, Liechtenstein och Norge.

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

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 kr per år i egenavgifter samt merkostnader om de väljer dyrare alternativ, exempelvis ett direktimporterat läkemedel i stället 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 hälsovinsterna, 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 fr o m 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 sex procent om de mötte konkurrens från parallellimporterade produkter. Detta innebar en årlig (indirekt) besparing på 420 miljoner kr per år.⁴ Parallellimporterade produkter hade före omregleringen en marknadsandel på ca 16 procent och deras priser var fr o m juli 2005 i snitt fem procent lägre än de rådande priserna på direktimporterade läkemedel, vilket medförde en årlig direkt besparing på 140 miljoner kr per år. De totala besparingarna genererade av parallellimport beräknas således till 560 miljoner kr per år före omregleringen.

Efter omregleringen finner jag inga statistiskt signifikanta tecken på att läkemedelsbolagen sänkt sina listpriser på grund av konkurrens från parallellimport. Anledningen är troligen att det är smartare för läkemedelsbolagen att ge apoteken kvantitetsbaserade rabatter i syfte att ta marknadsandelar från parallellimportörerna i stället 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

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

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

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 kr 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 priseffekterna 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 prisamordningar 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 det blir dyrare än det dyraste likvärdiga alternativet kan exkluderas ur läkemedelsförmånen. Ett företag som är osäkert 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.

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 i stället för oförklarade prisnivåer. De oförklarade prisförändringarna kan närmast beskrivas som prischocker 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 skattat priseffekterna av att möta 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). Dessa studier har inte studerat effekten på den intensiva marginalen, dvs hur ytterligare en konkurrent påverkar priserna. Som diskuteras i Granlund (2020a) byggs dessutom dessa skattningar på tvivelaktiga antaganden, exempelvis att växelkurser inte påverkar priserna på direktimporterade läkemedel på andra sätt än genom förekomsten av parallellimport eller att företagen inte beaktar att egna prissänkningar kan föranleda konkurrenter att sänka sina priser.

⁵ Egna beräkningar baserat på de datamaterial som beskrivs i nästa avsnitt visar att listpriserna för parallellimporterade läkemedel i genomsnitt var 0,7 procent (standardfel 0,2 procent) lägre än de för direktimporterade läkemedel under 2011–17. Aktuella priser återfinns på www.tlv.se/beslut/sok-i-databasen.html.

⁶ Användandet av en dynamisk modell motiveras djupare i Granlund (2020a) och där redovisas även test och beräkningar kring de ekonomiska 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 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 och 101 489 observationer efter omregleringen.⁸ 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 prisseffekten 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

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.

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

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.

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

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.

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 $m_1=0,56$, $m_2=0,76$ och $m_3=0,31$ 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 $100*[exp(-0,0601)-1] = -5,83$.

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***	0,9171***
<i>D_substans</i>	0,0017***	0,0012
<i>D_utbytbar</i>	0,0012*	0,0003
<i>ln_substans</i>	0,0001	0,0002
<i>ln_utbytbar</i>	0,0010*	0,0009
Vägd genomsnittlig långsiktig effekt av att möta konkurrens från minst en parallell- importerad produkt med samma substans	0,0601***	0,0128
Antal observationer	119 945	90 228
R ²	0,9183	0,8797

Anm: Den beroende variabeln är den naturliga logaritmen av priset innevarande månad. ***, ** och * visar att värdena är signifikant skilda från noll på en, fem respektive tioprocentsnivån. Antalet observationer påverkas av att en del inte kan användas i regressionerna eftersom värden för instrumentvariablerna saknas.

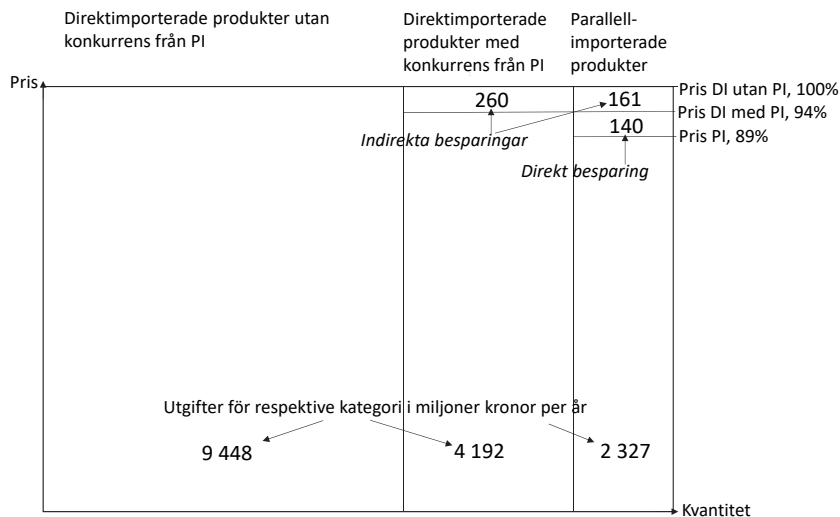
Källa: Granlund (2020b).

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. Den genomsnittliga årliga direkta besparingen beräknas till 140 miljoner kr för perioden juli 2005 till oktober 2007 då parallellimporterade produkter i snitt var fem procent billigare än direktimporterade produkter. Denna period används för att få en aktuell uppskattning av den direkta besparingen före omregleringen. Dessförinnan var prisskillnaderna större eftersom de påverkades av en tidigare regel om att parallellimporterade produkter var tvungna att vara minst tio procent billigare än de direktimporterade produkterna (Riksförsäkringsverket 2002).

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.¹¹ Denna besparing beräknas till i genomsnitt 260 mil-

¹¹ 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.



Figur 1
 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 procent. Beloppen avser apotekens inköpspriser i miljontals kronor och 2017 års priser.

Källa: Egna beräkningar baserat på data från IMS Sweden och SCB.

joner kr per år. Den indirekta besparingen för parallellimporterade produkter beräknas på motsvarande sätt till 161 miljoner kr per år.

Besparingarna illustreras i figur 1. 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 kr i 2017 års pengavärde. Detta innebär att kostnaderna för patentskyddade receptförskrivna läkemedel beräknas ha varit 3,5 procent högre om parallellimport av läkemedel inte hade varit tillåtet. Huvuddelen av besparingarna utgörs av indirekta besparingar på 421 miljoner kr (med ett 95-procentigt konfidensintervall från 211 till 638 miljoner kr 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 innebär att parallellimportörerna vid givna kvantiteter, inköpspriser, växelkurser, transport och

ompackningskostnader m m, kan ge rabatter på 302 miljoner kr per år utan att deras lönsamhet blir sämre än före omregleringen.

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

TLV (2018a) uppskattar att rabatterna från parallellimportörerna 2009 och 2010 var mycket begränsade. Detta är förväntat eftersom listpriserna är trögörliga, 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 TLV:s beräkningar att parallellimportörerna gav apoteken rabatter på i genomsnitt ca 470 miljoner kr.¹² Uppskattningarna av rabatterna varierar mycket mellan åren, från drygt 200 miljoner kr 2011 till ca 600 miljoner kr 2013, 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.¹³ Förstärkningen mot det brittiska pundet har troligen lett till att parallellimporterade produkter som annars skulle ha sålts i Storbritannien i stället sålts i Sverige och lett till att de svenska apoteken fått större rabatter.

Som jag nämnde i föregående avsnitt skulle parallellimportörerna, på grund av högre listpriser efter omregleringen, vid givna kvantiteter, växelkurser och kostnader kunna ge rabatter på 302 miljoner kr 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. Eftersom kronan stärkts och omregleringen kan

¹² Egna beräkningar utifrån uppgifterna i TLV (2015, 2018a, 2018b).

¹³ I snitt kostade en euro 9,2 svenska kr under oktober 2002–oktober 2007 och 9,1 kr under 2011–17. Ett brittiskt pund kostade i snitt 13,5 kr under oktober 2002–oktober 2007 och 11,2 kr under 2011–17.

ha minskat kostnaderna för parallellimportörerna så ter sig därför TLV:s skattningar rimliga. Omregleringen kan ha minskat kostnaderna för parallellimport eftersom varje apotek efter omregleringen kan välja att endast köpa parallellimporterade läkemedel från en leverantör.¹⁴ 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 övervinster som sedan kunnat omvandlas till rabatter; grossisterna i lågprisländerna bör ha kunnat lägga beslag på huvuddelen av arbitragevinsterna genom att endast sälja till de parallellimportörer som bjöd högst.

På grund av osäkerhet både i mina beräkningar samt i TLV:s beräkningar går det inte med säkerhet att säga att besparingarna av parallellimport före reformen (som jag beräknade till 562 miljoner kr per år) är större än de genomsnittliga rabatterna efter reformen (som enligt TLV:s siffror är 470 miljoner kr per år). En faktor som gör det möjligt att parallellimport leder till lägre inköpspriser för apoteken efter att 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 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 första 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 m m. 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.

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 längre dessa funnits

¹⁴ 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.

på marknaden.¹⁵ Är resultaten i Granlund (2015) korrekta så skulle besparingen som parallellimport genererar i frånvaro av rabattmöjligheter ha varit större nu än den var 2002–07. Ger även producenter rabatter är dock även de totala rabatterna större än TLV:s beräkningar, eftersom dessa inte inkluderar rabatter från producenterna.¹⁶

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 inköpspriserna. 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 TLV:s 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 apotekens faktiska inköpspriser (Regeringens proposition 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 inköpspriser knappt skulle påverkas av detta eftersom läkemedelsbolagen och parallellimportörerna då återigen skulle börja konkurrera ner apotekens listade inköpspriser. Jag tror inte heller att apotekens försäljningspriser skulle påverkas, utan TLV skulle nog höja skillnaden mellan de listade inköp-

¹⁵ 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).

¹⁶ Resultaten i Granlund (2015) indikerar att rabatter förekommer. Att producenter sänkte sina listpriser signifikant mer på grund av 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 kr per år som listpriserna på direktimporterade produkter sänktes med på grund av konkurrens från parallellimport före omregleringen.

spriserna och apotekens försäljningspriser för att kompensera apoteken för de uteblivna rabatterna. Skulle inte detta ske skulle apotekens service och öppettider troligen försämrats.

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, under utgivning i *Journal of Industrial Economics*.

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, Stockholm.

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 apotekmarknaden*.

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

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, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, Stockholm.

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

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

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

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

REFERENSER