

Läkemedelsförmånsnämnden

Leif Lundquist, +46 (0)8 568 420 62
leif.lundquist@lfn.seDatum
2008-04-09Vår beteckning
38/2008
112/2008Registratorn
Socialdepartementet
103 33 STOCKHOLM

Yttrande över huvudbetänkande av Apoteksmarknadsutredningen Omreglering av apoteksmarknaden (SOU 2008:4)

(dnr S2008/184/HS)

Läkemedelsförmånsnämnden (LFN) får härmed avge följande yttrande över Apoteksmarknadsutredningens huvudbetänkande.

Vi kommenterar huvudsakligen utredarens förslag till prissättning av utbytbara läkemedel med generisk konkurrens, eftersom det är den delen av utredningen som mest berör LFN:s verksamhet och som också utgör en av de mer svårbemästrade delarna i utredarens uppdrag.

Vi delar utredarens uppfattning att dagens prissättningssystem måste förändras på en omreglerad apoteksmarknad.

Vi kan inledningsvis konstatera att utredarens förslag till prissättningssystem av utbytbara läkemedel med generisk konkurrens är mycket komplicerat och vilar på en betydande kontrollapparat. En svaghet med utredarens förslag är svårigheterna att få en så omfattande kontrollapparat att fungera ens med betydande administrativa resurser. Det är tveksamt om ett så utformat system ger samma resultat som dagen system, det vill säga en kostnadseffektiv läkemedelanvändning.

En viktig utgångspunkt är att ett nytt prissättningssystem måste ge apoteken incitament att tillhandahålla billiga läkemedel.

Vi redovisar därför en alternativ modell för prissättning som är enklare eftersom den bygger på incitament som ligger i linje med apotekens intressen (vi kallar detta alternativ för ”incitamentsmodellen”). De grundläggande syftena med en omreglering av apoteksmarknaden tillgodoses bättre med en sådan modell. Den ger företagen en mindre administrativ börda än utredarens förslag och är mer flexibel inför framtiden. Samtidigt torde övergången till en sådan modell bli enklare.

En annan viktig utgångspunkt är att konsumenterna inte är priskänsliga när det gäller läkemedel som ingår i högkostnadsskyddet, eftersom den största delen av kostnaden är subventionerad av samhället.

1 Sammanfattning

- Vi delar utredarens bedömning att dagens prissättningssystem för utbytbara läkemedel måste förändras för att kunna fungera när apotek blir privata och vinstdrivande. Prissättningssystemet måste kompletteras med incitament för apoteken att tillhandahålla billiga läkemedel. Dagens system fungerar bra och det är därför önskvärt att anknyta så mycket som möjligt till detta.
- Den största skillnaden mellan incitamentsmodellen och utredarens förslag är att apoteken inte ges rätt att förhandla om priser i incitamentsmodellen. Den bygger i stället på att det ska ligga i apotekens eget intresse att expediera det läkemedel som är billigast för kunden och skattebetalaren.
- Om apoteken ges rätt att förhandla om inköpspriserna blir det svårt att få dem att expediera det läkemedel som är billigast för kunden och skattebetalaren.

Det grundläggande problemet i ett system där apoteken förhandlar om priser är att apoteken kommer att sälja det generikum som de kan köpa in till lägst pris i stället för det generikum som är billigast för konsumenten (skattebetalaren). Förhandlingsrätten leder därför inte automatiskt till några besparingar för kunden/skattebetalaren.

Utredaren har därför föreslagit ett invecklat system där man med myndighetsbeslut sänker priserna efterhand. Vi ifrågasätter emellertid om någon myndighet kan ha all den information som är nödvändig för att sänka priser till rätt nivå. Förslaget bygger också på att LFN får ta del av alla kommersiella avtal mellan apotek/grossist för att bedöma apotekens lönsamhet, så att ersättningen till apoteken kan justeras efter hand. Vi bedömer det som nästintill omöjligt att uppnå den transparens som krävs för att detta system ska fungera väl. Ett liknande system har prövats i Norge, men övergavs eftersom det inte fungerade.

- Incitamentsmodellen är mer hållbar vid omregleringen av apoteksmarknaden. Visar det sig att den modellen för prissättning, utan förhandlingsrätt mellan apotek/grossist och tillverkare, inte uppfyller förväntningarna kan man införa förhandlingsrätt vid ett senare tillfälle. Det är mycket svårare att ta tillbaka en förhandlingsrätt som redan införts. Incitamentsmodellen är därför mer flexibel, vilket är en fördel också i ett längre perspektiv.

2 Utgångspunkter

2.1 Vanliga konkurrensmekanismer gäller inte för en stor del av läkemedelsmarknaden

Läkemedelshanteringen styrs av en rad olika speciella, faktiska och legala, förhållanden som sammantaget medför att sedvanliga marknadsprinciper inte utan vidare kan tillämpas. Man måste vara observant på detaljerna i hur dessa speciella förhållanden inverkar för att resultatet av en åtgärd inte ska bli det motsatta till vad som åsyftades.

Så länge konsumenten själv betalar kan en marknad fungera på marknadsmässiga villkor. Marknadsmässiga lösningar för distributionen av läkemedel till sjukhus och vårdinrättningar och konkurrensutsättning av de receptfria läkemedlen har därför förutsättningar att kunna fungera.

För drygt tre fjärdedelar av den reguljära apoteksmarknaden gäller emellertid inte vanliga konkurrensförhållanden. Förskrivna läkemedel är en del av insatserna inom hälso- och sjukvården. Kostnaderna för dessa omfattas till större del av läkemedelsförmånssystemet. Högkostnadsskyddet innebär att konsumenten själv bara står för en begränsad del av kostnaden för förskrivna läkemedel. Konsumenten är därmed inte priskänslig. Därför går det inte att förlita sig på vanliga konkurrensmekanismer i konsumentledet.

Så länge det finns en subvention av läkemedel från samhället så måste det därför finnas någon form av reglering. Att inte tillåta prissförhandlingar är därför lika legitimt som andra former av reglering.

Verksamheten hos Apoteket AB, men även i de framtida privatägda apoteken, har betydelsefulla inslag av samhällsuppdrag, nämligen att distribuera samhällssubventionerade läkemedel till förmånsberättigade patienter. För ett sådant uppdrag ska apoteken givetvis ha ersättning. Detta kan ske antingen genom att apoteken direkt ersätts för sin insats eller genom att apoteken ges möjligheter att göra vinster på verksamheten.

2.2 Utredarens modell är invecklad och bygger på kontroll

Utredarens förslag till prissättning av läkemedel med generisk konkurrens utgör i väsentliga delar en blandning av två olika system som prövats i Norge.

En del av det föreslagna systemet bygger på att vinster som apoteken gör i detaljistledet ska identifieras och delas med det allmänna. Detta förutsätter en omfattande insyn i och kontroll av apotekens och grossisternas/tillverkarnas affärsverksamhet. Även om det skulle vara möjligt att få en tillräckligt god insyn i förhandlingar och avtal för att kunna värdera lönsamheten i verksamheten, kräver detta en betydande administrativ apparat. Utredaren har inte räknat närmare på kostnaderna för detta. Frågan är emellertid om denna del av utredarens förslag överhuvudtaget är genomförbart.

Ett liknande systemet prövades i Norge, men bara för sex olika substanser. Redan det visade sig vara praktiskt omöjligt att hantera.

Utredarens förslag till prissättningsmodell är komplicerat och är inte ens enligt utredaren tänkt annat än som en tillfällig lösning i avvaktan på att LFN ska ta fram förslag till en mer dynamiska modell. Det innebär bland annat att LFN får bygga upp en vidlyftig administrativ apparat kring en rent provisorisk lösning, som har små förutsättningar att fungera. Utredaren har inte närmare utvecklat sin syn på hur en sådan mer dynamisk modell skulle se ut. Även det föreslagna sanktionssystemet kräver betydande administrativa insatser och ställer stora krav på juridisk och företagsekonomisk kompetens. Utredaren lämnar inte heller någon analys av om den föreslagna modellen är förenlig med transparensdirektivet.

Det är bl.a. mot denna bakgrund som vi redan nu redovisar incitamentsmodellen som en mer dynamisk modell.

2.3 Oklart hur vinsterna kommer konsument och samhället till godo

Det är oklart hur eventuella vinster i utredarens förhandlingsmodell ska föras vidare till konsumenterna och samhället. Den lösning som redovisas är att LFN ska ges insyn i apotekens affärsavtal.

Vi har redan redovisat att det i sig är problematiskt att skapa den insynen och att överblicka avtalskonstruktionerna. Det är emellertid också ett problem att apotek och grossister sannolikt integreras med samma ägare. Det innebär t.ex. att internprissättningen kan ske på ett sådant sätt så att en meningsfull kontroll i praktiken omöjliggörs.

Även det sanktionssystem som utredaren föreslår torde vara otillräckligt. Det finns nämligen en möjlighet att sanktionsavgifter kalkyleras in i företagets verksamhet. Som yttersta konsekvens torde det därför bli nödvändigt att, med utredarens förhandlingsmodell, kunna återkalla tillståndet att bedriva detaljhandel med läkemedel.

Det finns även mer tekniska problem. Informationen till LFN ska säkras genom databasen Nationellt Produktregister för Läkemedel (NPL) och genom att LFN ska kunna få insyn i de enskilda avtalen. Sådana avtal omfattas normalt av affärssekretess. NPL är emellertid inte anpassat för att hantera uppgifter som omfattas av sekretess.

2.4 Provisorisk lösning ger ovisst resultat

Utredaren har stannat för en provisorisk lösning. Vilka konsekvenser detta får för läkemedelskostnaderna är ovisst. Utredarens konsekvensanalys vilar på ett underlag som är svårt att bedöma i avsaknad av fullständiga uppgifter om förutsättningarna. I brist på annan utredning är det dock den man får utgå från. I konsekvensanalysen kommer utredaren fram till att kostnadsbesparingen, om det norska "trinnprissystemet" använts, skulle ha varit två procent högre än i den nuvarande, administrativt mycket enkla, modellen.

Beräkningarna utgår dock från gällande priser, och tar inte i beaktande att priset på många av originalprodukterna gått ner väsentligt sedan patenten gick ut. Ett exempel är simvastatin. Patentet på denna substans gick ut 2003 och då kostade originalet (Zocord) 12,50 kronor per tablett. I dag har priset sjunkit till 7,62 kronor per tablett. Ett annat exempel är omeprazol (Losec) där högsta priset i utbytesgruppen fram till början av 2006 var 14,70 per tablett. I dag

är högsta priset i gruppen drygt fyra kronor.¹ Detta underskattar storleken på de faktiska prissänkningarna.

Konsekvensanalysen säger emellertid inte något om prisnivån på läkemedlen, endast förändringen i dessa. Det finns ett flertal studier som visar att svenska generikapriser är bland de lägsta i Europa².

Bortsett från detta kan konstateras att till priset av en omfattande byråkrati skulle samhället således kanske kunna spara in två procentenheter på generikamarknaden, som värdemässigt inte motsvarar mer än 14 procent av läkemedelsmarknaden.

2.5 Läkemedelsförmånsnämndens nya uppgifter kräver resurser och förberedelsetid

De uppgifter som enligt utredaren bör ligga på LFN finns förtecknade i en *bilaga* till detta yttrande. De uppgifter som utredaren föreslår ska läggas hos LFN – i form av löpande arbete och utredningsinsatser – kommer att medföra betydligt ökade krav på LFN:s verksamhet. Om utredarens förslag genomförs förutsätter det därför att Läkemedelsförmånsnämnden får de resurser, och ges den förberedelsetid, som krävs för att kunna fullgöra de nya uppgifterna.

Utredarens bedömning av de kostnader hans förslag medför för LFN förefaller lågt tilltagna mot bakgrund av den omfattande kontrollapparatur som måste byggas upp.

T.ex. menar utredaren att uppgiften att ålägga sanktionsavgifter vid underlåtenhet att expediera den utbytbara produkt som har lägst pris, när det gäller parallellimport, inte behöver bli betungande. Skälet skulle vara att ”sakägarna” kommer att uppmärksamma LFN på regelbrott (sid. 407³). Mot detta kan invändas att LFN ändå får ett betydande utredningsansvar. Det ska bl.a. utredas vad som fanns tillgängligt att expediera vid varje givet tillfälle. På sid. 406 i betänkandet framhålls sålunda – i kontrast till vad som sägs på sid. 407 – att frågan om sanktionsavgift kräver en helhetsbedömning som ”ställer stora krav på beslutsmyndighetens [d.v.s. LFN:s; vår anm.] utredning och beslutsmotivering.”

Även när det gäller prissättningssystemet för utbytbara läkemedel föreslås LFN få samma uppgift att ålägga sanktionsavgifter. Även här innebär det ett betydande utredningsansvar.

När det gäller prissättningssystemet för utbytbara läkemedel är det emellertid inte enbart en resursfråga. En modell som bygger på en så omfattande kontrollapparatur riskerar att överhuvudtaget inte fungera.

Vi konstaterar också att utredaren inte belyser vilka övergångsbestämmelser som behövs för införandet av en ny prissättningsmodell.

¹ I Econ Pöyrys rapport, fogad som bilaga 4 till huvudbetänkandet, hänvisas även till att de flesta AUP-taken, d.v.s. de högsta priserna i resp. utbytesgrupp, (1 962 st.) stigit (s. 710 i huvudbetänkandet). Denna ökning är dock till största delen ett resultat av en ökning av apoteksmarginalen som skedde 1 januari 2006.

² IMS, International price comparison of generics – Top – 35 Generic products in EU.

³ Sidhänvisningar avser även fortsättningsvis huvudbetänkandet.

3 Dynamisk prissättning genom incitamentsmodell

I detta avsnitt ger vi först en bakgrund (3.1) och beskriver därefter incitamentsmodellen (3.2). Därefter redogör vi mer i detalj för de nackdelar vi ser med utredarens förslag (3.3) och hur problem kan hanteras enklare med incitamentsmodellen (3.4).

3.1 Kunden betalar sällan själv

Konsumenten av receptbelagda läkemedel betalar sällan själv. Endast 20 procent av kostnaderna står konsumenten för. Resterande 80 procent av kostnaderna betalas av skattebetalarna. Det gör det mycket svårare att åstadkomma prispress på receptbelagda läkemedel än på många andra varor. Kunden har ingen anledning att leta upp det apotek som säljer ett läkemedel billigast, eller att välja ett billigt generika istället för ett dyrt originalläkemedel. Apoteken kommer därför inte att konkurrera med priset.

Det nuvarande systemet för generiskt utbyte skapar en prismedvetenhet hos kunden genom att hon får betala mellanskillnaden mellan det billigaste läkemedlet och det hon fått förskrivet, om hon inte går med på att ett byte till det billigaste likvärdiga läkemedlet (som apoteket i fråga har i lager) görs. Det svenska systemet för generiskt utbyte förefaller fungera mycket bra⁴. Detta tack vare att apoteken har ett mycket effektivt datasystem för att se till att de enskilda apoteken alltid beställer hem de läkemedel som för tillfället är billigast. *När företagen som säljer läkemedlen vet att en prissänkning betalar sig i form av en ökad marknadsandel, har de incitament att sänka sina priser.*

Den huvudsakliga effekten av det generiska utbytet är alltså den indirekta effekten: att tillverkarna av läkemedel tävlar om att vara billigast, vilket ger en prisspiral neråt. Den direkta besparing som uppstår när ett läkemedel byts mot ett annat är mindre betydelsefull, eftersom skillnaden i pris mellan olika utbytbara läkemedel vid ett givet tillfälle ofta kan vara ganska liten. Men det är ändå viktigt att man byter på apoteken, eftersom detta är en förutsättning för den nedåtgående prisspiral som innebär stora prissänkningarna över tid. Om tillverkarna märker att de inte får en ökad marknadsandel när de sänker sitt pris, slutar de snart att sänka priserna.

Egentligen ligger det dock inte i Apoteket AB:s ekonomiska intresse att alltid se till att det billigaste läkemedlet beställs hem och expedieras. Anledningen är att konstruktion innebär att Apoteket AB får mindre intäkter ju billigare läkemedel de säljer. Det nuvarande systemet för generiskt utbyte fungerar alltså tack vare att Apoteket AB agerar mot sina egna ekonomiska intressen när de utför generiska byten. Detta är den huvudsakliga anledningen till att dagens system inte fungerar på en marknad med privatägda och vinstdrivna apotek. Man kan inte förvänta sig att dessa apotek ska agera lika oegennyttigt som Apoteket AB gör idag. Då måste det istället finnas ekonomiska incitament för apoteken att alltid försöka sälja det billigaste läkemedlet i utbytesgruppen.

Ekonomiska incitament kan ges genom någon mekanism som innebär att apotekens förtjänst blir större ju billigare läkemedel de säljer till kunden. Vi återkommer nedan med ett förslag till hur en sådan mekanism kan se ut.

⁴ P. Moïse & E. Docteur; Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies in Sweden, OECD Health Working Papers No 28, DELSA/HEA/WD/HWP (2007)5.

Utredaren föreslår att apoteken ska få rätt att förhandla om sina inköpspriser med tillverkarna av läkemedel, och att apoteken får behålla mellanskillnaden – eller åtminstone en del av den – mellan framförhandlat inköpspris och försäljningspris. Detta försvårar avsevärt möjligheterna att med ekonomiska incitament få apoteken att självmant expediera det för kunden/skattebetalaren billigaste läkemedlet i en utbytesgrupp. Detta eftersom apoteken nu kommer att välja att ha det läkemedel i lager som man har störst marginal på. (Vilket i praktiken kommer att vara det läkemedel som man har köpt in billigast eftersom försäljningspriset till kund, med detta system, nästan alltid kommer att vara identiskt för alla utbytbara läkemedel. Denna bedömning delar utredaren, som skriver: ”Erfarenheter från Norge är att generikatillverkare utan undantag söker om ett pris som är identiskt med förmånspriset” [sid. 429].)

Det viktigaste för tillverkarna av läkemedel kommer nu att vara att se till så att apoteken lagerför just deras läkemedel. Följaktligen kommer tillverkarna att konkurrera med varandra genom att erbjuda låga inköpspriser till apoteken. Men tillverkarna har ingen anledning att sätta låga priser till kunden, eftersom detta pris inte påverkar försäljningsvolymen.

Apotekens styrka i dessa prispförhandlingar bygger alltså på deras möjlighet att sälja ett annat läkemedel än det som är förskrivet, det vill säga att generiskt utbyte är tillåtet. Det är tack vare detta som de kan spela ut olika tillverkare av samma läkemedelssubstans mot varandra. Ett läkemedel som inte är utbytbart kommer apoteken inte att ha mycket möjlighet att förhandla ner priset på, eftersom lagen med största sannolikhet kommer att kräva av dem att tillhandahålla alla dessa läkemedel. De har alltså inget argument i prispförhandlingarna.

Utredaren har insett problemet med att tillverkarna kommer att konkurrera genom att sätta låga inköpspriser snarare än låga priser till kunden, och att hela vinsten av prispförhandlingarna riskerar att stanna i apoteksledet och inte komma skattebetalaren till godo.

Utredaren föreslår två olika sätt för finansören att ta del av besparingen som generisk konkurrens möjliggör. Det första förslaget ska gälla under de två första åren och innebär att priser sänks genom myndighetsbeslut med förutbestämda procentsatser. Dessutom ska LFN sänka bruttoersättningen till apoteken om vi observerar att apoteken via prispförhandlingarna uppnår förmånliga inköpspriser. Förslaget bygger alltså på att LFN kan få information om faktiska inköpspriser och andra transaktioner mellan tillverkare och apotek/grossist.

Vi ser uppenbara nackdelar med detta förslag, något som vi utvecklar i avsnitt 3.3. Vi anser också att utredaren inte tillräckligt noga har utrett om ett system utan rätt för apoteken att förhandla om inköpspriserna kan vara att föredra. Vi tror att ett system utan förhandlingsrätt lika effektivt kan pressa priserna, samtidigt som man undviker de uppenbara nackdelar i form av byråkrati, kontroll och ineffektivitet som utredarens förslag medför.

3.2 Incitamentsmodellen ger apoteken ekonomiska incitament att byta till det billigaste

Grundförutsättningen i incitamentsmodellen är att det inte sker några transaktioner mellan läkemedelsföretag och apotek för betalning av receptbelagda läkemedel. Det är istället landstingen som betalar tillverkarna för de läkemedel som har sålts på apoteken. Varje gång som ett apotek säljer en förpackning, så meddelas både företag och landsting om detta, varpå landstinget betalar direkt till företaget.

Apoteken får sin ersättning för utförda tjänster genom en så kallad handling-fee, det vill säga genom ett fast belopp per såld förpackning/expedition. Utöver denna handling-fee så kan apoteken emellertid också tjäna pengar genom att göra generiska utbyten.

Hur får man apoteken att expediera det läkemedel som har lägst AUP? En variant är att apoteken får behålla en viss andel av besparingen, det vill säga skillnaden i pris mellan det förskrivna och det billigaste. Ett problem här är att skillnaden i AUP kan vara liten, men vi vill ändå att apoteken byter eftersom priserna då pressas nedåt efterhand. Detta är i enlighet med att den direkta effekten av ett byte (t.ex. att 50 öre sparas om man byter från ett läkemedel som kostar 10 kr till ett som kostar 9,50 kr), för det mesta är mindre än den indirekta effekten (t.ex. att båda läkemedlen om ett år kan kosta 3 kr om konkurrensen är effektiv).

Det finns olika alternativ på hur incitament kan ges.

Ett alternativ är att betala en klumpsumma till de apotek som tillräckligt ofta säljer det billigaste utbytbara läkemedlet. Exempelvis: de apotek som vid 90 procent⁵ av expeditionerna säljer det allra billigaste läkemedlet i en utbytesgrupp får en ansevärd klumpsumma varje år. På det sättet är incitamenten till att byta inte beroende av den för tillfället rådande pris-skillnaden mellan det förskrivna och det billigaste. Vilket är en fördel eftersom denna pris-skillnad oftast är liten och inte räcker för att apoteken ska göra sig besvär med att utföra ett byte. Givet att klumpsumman är tillräckligt stor, har apoteken med detta system incitament att alltid försöka sälja det billigaste.

Ett annat alternativ är att ge en extra ersättning till ett apotek vid varje tillfälle som de säljer det billigaste läkemedlet i en grupp. Till exempel: varje gång ett apotek säljer det billigaste så får apoteket ett visst fast belopp utöver den normala expeditionsavgift som finansören betalar dem för utförd tjänst. Även med detta alternativ är incitamenten till att byta inte beroende av den för tillfället rådande prisskillnaden mellan det förskrivna och det billigaste.

Eftersom det inte sker några transaktioner mellan läkemedelsföretag och apotek finns inget utrymme för prisförhandlingar dem emellan, vilket vi alltså ser som en fördel eftersom förhandlingsrätten styr apoteken till att expediera det som är mest förmånligt för dem, snarare än det som är mest förmånligt för kunden/skattebetalaren. *Med incitamentsmodellen kommer apotekens lagerhållning – vilket generika de väljer att ha på hyllan – att styras av priset till kund, snarare än av inköpspriser eftersom några sådana inte finns.*

En modell som den skisserade blir också enklare att hantera övergångsvis, eftersom vi använder samma system för prissättning av generika som i dag. Företagen kan på samma sätt som nu gå in på LFN:s hemsida där alla priser listas. Där kan de se vilket pris de ska sätta för att vara billigast.

Incitamentsmodellen tillåter apotek/grossister att verka marknadsekonomiskt, samtidigt som den utnyttjar ekonomiska incitament snarare än reglering för att åstadkomma en prispress som kommer skattebetalarna till godo. En annan fördel med incitamentsmodellen är att den underlättar för små aktörer att driva apotek. Små aktörer har sämre förhandlingsstyrka och kan därför inte hävda sig på samma sätt som stora aktörer i prisförhandlingar där t.ex. volymer kan vara viktigt.

⁵ Man kan studera dagens apotek för att se hur stor andel av expeditionerna som utgörs av det allra billigaste för att bestämma denna procentsats.

Incitamentsmodellen innebär dessutom en mer hållbar omreglering än utredaren föreslår. Visar det sig att ett system utan förhandlingsrätt mellan apotek/grossist och tillverkare inte skulle fungera tillfredsställande, kan man införa förhandlingsrätt vid ett senare tillfälle. Det är mycket svårare att ta tillbaka en förhandlingsrätt som redan införts.

3.3 Nackdelar med utredarens förslag

Utredaren föreslår ett prissättningssystem där apoteken/grossisterna tillåts förhandla med tillverkarna av läkemedel. De förväntade fördelarna är *dels* att priserna ska kunna pressas, *dels* att de stora apotekskedjorna ska vilja etablera sig i Sverige. Nedan diskuteras dessa två argument.

3.3.1 Svårt för samhället och patienten att få del av förhandlingsvinster

Utredaren har stora förhoppningar om att förhandlingsrätt för apoteken ska ge lägre läkemedelspriser i Sverige. Samtidigt konstaterar han att för icke-utbytbara läkemedel (främst patentskyddade läkemedel) kommer apoteken inte att ha mycket förhandlingsstyrka på grund av att apoteken kommer att ha en skyldighet att tillhandahålla dessa läkemedel (jfr sid. 405). Denna grupp läkemedel står för 85 procent av försäljningen.

Utredaren konstaterar också att när det gäller de utbytbara läkemedel som säljer för stora volymer så fungerar priskonkurrensen i det nuvarande systemet bra med prissänkningar på upp till 90 procent.

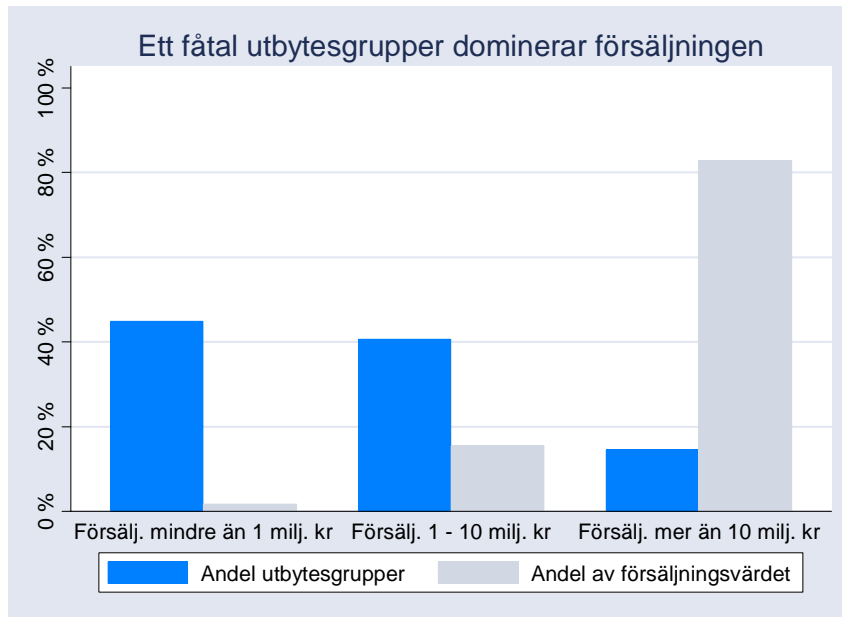
Samtidigt menar utredaren att det finns exempel där priskonkurrensen inte fungerar idag. Detta måste syfta på läkemedel i utbytesgrupper som säljer för mindre summor. Utredaren tycks mena att det där finns en potential för apoteken att förhandla ner priserna – och för finansären (staten) att spara pengar.

Det finns starka skäl som talar mot den uppfattningen. Figuren nedan visar att de 15 procent av utbytesgrupperna med störst försäljningsvärde (grupper som säljer för mer än 10 miljon kronor) står för drygt 80 procent av försäljningen. För dessa grupper fungerar också priskonkurrensen. Priserna har i genomsnitt sjunkit med 78 procent sedan dessa läkemedel förlorade sina patent.⁶

Den största andelen av utbytesgrupper säljer för mindre än 1 miljon kronor om året och utgör bara några procent av försäljningen. Det är uppenbart att prissänkningar för denna grupp läkemedel statsfinansiellt sett är mindre betydelsefulla.⁷ För de läkemedel som svarar för den största försäljningen finns redan en effektiv prispress. En ytterligare prispress skulle därför väsentligen tas ut på utbytbara läkemedel med låg försäljning. Risker är då att framtvingade prissänkningar leder till en utslagning av små produkter.

⁶ Denna beräkning är gjord på produkter som har förlorat sitt patent sedan generiskt utbyte infördes för drygt fem år sedan. Den genomsnittliga prissänkningen för de utbytesgrupper som säljer för 1 – 10 miljoner kr per år var 54 procent och i utbytesgrupper som säljer för mindre än 1 miljon kr per år var 6 procent.

⁷ Egentligen är det försäljningsvärdet innan patentutgång som är avgörande för besparingspotentialen av priskonkurrens. En sådan beräkning skulle förstärka slutsatsen att det är de stora utbytesgrupperna som är väsentliga och att små utbytesgrupper är statsfinansiellt mindre betydelsefulla.



Beräkningarna baserade på försäljningsdata från Apoteket AB för 2006.

Det finns därför knappast några möjligheter att uppnå några väsentliga besparingar för finansären genom att tillåta prispförhandlingar i förhållande till vad dagens system uppnår.

Vi kan dessutom se uppenbara nackdelar med båda de sätt som utredaren föreslår att de framförhandlade rabatterna ska komma kund och finansär till godo. Nackdelen med det första sättet, där priser rakt av sänks via myndighetsbeslut, är att priser med nödvändighet kommer att sättas felaktigt – vissa för högt, andra för lågt. Nackdelen med det andra sättet är den kontrollapparat som behövs för att övervaka avtal mellan tillverkare och apotek. Detta utvecklas nedan.

Ineffektiv prissättning

En myndighet kan inte ha all nödvändig information för att bedöma hur mycket ett läkemedels pris bör/kan sänkas för att ge en skälig vinst till företaget. Ett system som innebär att en myndighet sänker generikapriser med förutbestämda procentsatser kommer med nödvändighet att innebära ”felaktigt” satta priser. För vissa läkemedel sänks priserna för mycket, samtidigt som andra sänks för lite i förhållande till vad som är hållbart för att bibehålla konkurrens på sikt.

Anledningen är att den reglerande myndigheten aldrig kan få vetskap om de verkliga kostnaderna för att tillhandahålla ett läkemedel. Hur mycket ska LFN sänka priserna för att uppnå maximal besparing, samtidigt som tillverkarna inte slås ut från marknaden på grund av dålig lönsamhet? Detta går inte att bedöma, eftersom marginalkostnaderna för att tillhandahålla de olika läkemedlen är okänd för oss. Tillverkarna kommer att ägna mycket möda åt att förklara för oss varför marginalkostnaden för läkemedlen i just deras utbytesgrupp är hög och varför de kommer att tas bort från marknaden om LFN beslutar om prissänkning.

Komplicerad kontrollapparat

Utredarens förslag liknar delvis det norska ”trinnprissystemet”, där priser sänks med förutbestämda procentsatser. I Norge tillämpar man emellertid inte idén, som utredaren förslår för Sverige, att en myndighet ska övervaka inköpspriser och ta del av avtal mellan apotek/grossist i syfte att kunna sänka apotekens bruttoersättning om det visar att inköpspriserna blir låga. Detta tillägg kommer att helt eliminera den administrativa enkelhet som utredaren framhåller som det norska systemets fördel.

I Norge har man tidigare tillämpat ett system som byggde på att staten har insyn i avtal mellan apotek/grossist och tillverkare. Men det tillämpas inte längre, bland annat på grund av att tillräcklig insyn inte kunde uppnås. Att kontrollera rabatter och vinster till följd av apotekens prispförhandlingar, och därigenom åstadkomma en ”vinstdelning” mellan apotek och samhälle, har de norska myndigheterna därför övergett. Den metoden prövades en tid för sex substanser men fungerade inte på grund av kontrollsvårigheterna och på grund av svårigheterna att få ett system att fungera som går emot de ekonomiska incitamenten. Att få systemet att fungera huvudsakligen med kontroller och sanktioner, men utan samverkande ekonomiska incitament, visade sig inte möjligt.

Det system som utredaren förslår i Sverige förutsätter att LFN har fullständig insyn i de avtal som apotek/grossister och tillverkare ingår. Samtidigt har apoteken/grossisterna starka incitament att dölja de rabatter de får av tillverkarna, eftersom staten då ska ha del av rabatterna i form av ett lägre förmånspris.

Tillverkare och apotek/grossist kommer naturligtvis att utnyttja alla möjligheter för att dessa rabatter inte ska synas i avtalen. Vi kan bara spekulera i hur detta kommer att ske. Ett tänkbart sätt är att istället för att bokföra rabatten som ett lägre inköpspris på ett *receptbelagt* läkemedel, bokförs den på *receptfria* läkemedel. Båda parter kommer att vara införstådda med att rabatten ges för att apoteket ska lagerhålla och expediera deras generiska, receptbelagda läkemedel, men det är en del av överenskommelsen mellan parterna hur rabatten ska redovisas. Det hjälper knappast heller att be tillverkarna att rapportera in storleken på rabatterna, eftersom tillverkarna vill hålla sig väl med apoteken/grossisterna för att försäkra sig om att just deras generika expedieras.

Vi bedömer att det kommer att bli mycket svårt och tidsödande att upprätthålla ett sådant system. Det blir inte enklare av att avtal mellan apotekskedjor och tillverkare kan gälla i flera länder, det vill säga apotekskedjor upphandlar generika som sedan säljs i flera olika länder.

Sammanfattningsvis anser vi att det norska systemet med förutbestämda prissänkningar har stora nackdelar i form av ineffektiv prissättning, men att den justering av det norska systemet som utredaren föreslår har ännu större brister.

3.3.2 Det behövs inte prispförhandlingar för att uppnå bättre service på apoteken

På sidan 421 i betänkandet förs ett resonemang om varför förhandlingsrätt förmodas leda till bättre service:

”Aktörerna skulle vid ett behållande av dagens modell inte få utdelning på sin kompetens att skapa en större långsiktighet i sitt varuflöde. Apoteken skulle inte

ha incitament att skapa något mervärde vare sig för konsumenten eller för finansiären, staten. För att detta ska vara möjligt är det utredningens bedömning att modellen bör möjliggöra förhandling mellan aktörerna i distributionskedjan om priser och villkor för leverans. En sådan lösning skulle också bidra till att stärka intresset för en etablering på den svenska marknaden.”

Vi tolkar detta som att utredaren vill främja långsiktiga och stabila relationer mellan tillverkare, grossist och apotek, för att stordriftsfördelar ska kunna realiseras. Dessa stordriftsfördelar ska komma kunderna till del i form av bättre service och finansiären till del i form av lägre priser.

Några kommentarer till detta:

- i. Ett bibehållande av dagens system är inte aktuellt eftersom det bygger på att Apoteket AB agerar emot sina kommersiella intressen när de byter till billigare läkemedel. Jämförelsen ska alltså inte göras mot nuvarande system, utan mot alternativa system på en omreglerad marknad.
- ii. Även om kostnadsbesparingar kan ske på grund av stordriftsfördelar, finns en uppenbar risk att endast apotek/grossist tjänar på detta, eftersom de inte har någon anledning att föra besparingarna vidare till finansiären, staten.
- iii. Även utan förhandlingsrätt har apotek/grossister naturligtvis incitament att sköta distributionen och försäljningen så effektivt som möjligt. De förhållandevis små marginaler som Apoteket AB idag lever på tyder på att distribution och försäljning kan ske effektivt utan att apotek/grossist skapar långsiktiga relationer med en viss tillverkare.
- iv. Vi kan heller inte se att förhandlingsrätt om priser skulle vara en förutsättning för en högre servicenivå till kund. Oavsett vilket system för prissättning man väljer så kommer apoteken att konkurrera med servicenivå - i synnerhet butiksläge - snarare än låga priser, eftersom kunden inte är priskänslig för receptbelagda läkemedel. Vi kan därför förvänta oss bättre servicenivå och tätare mellan apoteken (åtminstone på större orter) även utan prisförhandlingsrätt för apotek/grossist.
- v. Intresset för att etablera sig på den svenska marknaden hos internationella kedjor torde dels bero på hur lönsamt det är att driva apotek i Sverige, dels på hur stabila spelreglerna är. Även incitamentsmodellen tillåter att det blir lönsamt att driva apotek.
- vi. Utredarens förslag missgynnar små ”enskilt” ägda apotek. De kommer inte att kunna prisförhandla på samma sätt som de stora kedjorna.

3.4 Problem hanteras enklare med incitamentsmodellen

Varken incitamentsmodellen eller utredarens förslag innebär att prisbildningen sker helt marknadsmässigt. Så länge det finns en subvention av läkemedel från samhället, måste det också finnas någon form av reglering. Att inte tillåta prisförhandlingar är därför lika legitimt som andra moment av reglering.

Ersättningen för att ge apoteken incitament att byta måste förstås kompensera för besväret med att utföra byten. Utöver detta måste ersättningen också vara tillräckligt stor så att apoteken inte ska avstå från ersättningen och istället ta del av de rabatter på det receptfria sortimentet tillverkarna kommer att erbjuda apoteken, för att just deras receptbelagda läkemedel ska lagerhållas och expedieras istället för det som är billigast för kunden/finansiären. Vi bedömer emellertid att ersättningen inte behöver vara så stor att det skulle innebära någon bärande invändning mot incitamentsmodellen.

Även med utredarens förslag finns en kostnad för att skapa prissänkningar. Det är den del av en rabatt som apoteken måste få behålla för att de ska ha incitament att förhandla fram det lägre inköpspriset.⁸

Det finns heller inget som säger att lönsamheten med incitamentsmodellen behöver bli dålig. Det beror alldeles på hur stor ”handling-fee” är och hur stor den extra ersättningen är när man säljer det billigaste. Om staten efter ett tag märker att antalet apotek är för litet går det att öka dessa ersättningar. Men man ska samtidigt hålla i minnet att i andra länder genereras det mesta av apotekens intäkter av annan försäljning än receptbelagda läkemedel. Tillståndet att sälja receptbelagda läkemedel är en ekonomisk tillgång för apoteken. När kunderna väl är inne i butiken för att hämta ut receptbelagda läkemedel finns möjligheten att sälja även andra varor till dem.

Vi tror därför att risken för att t.ex. utländska aktörer inte skulle vilja etablera sig är liten. Och för små aktörer, med sämre förhandlingsstyrka, borde incitamentsmodellen vara att föredra framför en förhandlingsmodell.

4 Mer dynamisk modell redan från start

Vår bedömning är att en prissättningsmodell för utbytbara läkemedel med sådana inslag som den incitamentsmodell vi beskrivit bör ha goda förutsättningar att fungera, eftersom den ligger i linje med apotekens ekonomiska intressen. En modell av det slaget torde också innebära en hanterlig administration för såväl företag som myndigheter. Incitamentsmodellen ger dessutom redan inledningsvis inslag av en sådan dynamisk prissättningsmodell, som utredaren efterfrågar till år 2011.

Detta yttrande har beslutats av generaldirektören Ann-Christin Tauberman. Föredragande har varit juristen Leif Lundquist. I handläggningen har även chefsjuristen Anna Märta Stenberg och hälsoekonomerna Johanna Jacob och Douglas Lundin deltagit.

På Läkemedelsförmånsnämndens vägnar

Ann-Christin Tauberman

Leif Lundquist

⁸ LFN ska bevaka inköspriserna och när dessa sjunker ska förmånspriset sänkas - men inte med hela summan eftersom staten då tar hela vinsten av apotekens framgångsrika förhandling och inga incitament finns kvar för apoteken att förhandla. Förslaget är att apoteken ska få 30 procent av vinsten och staten 70 procent. Dessa 30 procent utgör en kostnad: en prissänkning som man inte får del av. Minskar man å andra sidan denna andel till mindre än 30 procent, minskar incitamenten för apoteken att förhandla.

Bilaga till remissvar**Uppgifter för LFN***IT-infrastruktur*

Prissättningen av servicebolagets tjänster (s. 337⁹).

Patenterade icke generiskt utbytbara läkemedel

Besluta vilka patenterade icke generiskt utbytbara läkemedel som ska ingå i läkemedelsförmåner och fastställa försäljningspris för dessa (s. 394).

Ta emot rapporterade priser (s. 394).

På begäran få ta del av avtal mellan apotek, grossister och distributörer å ena sidan och tillverkare å andra (s. 394).

Ta ut sanktionsavgifter av den som inte rapporterar priser eller redovisar avtal (s. 394).

Genom obligatoriskt registrerade uppgifter i NPL följa upp efterlevnaden av bestämmelserna om att expediera den utbytbara produkten som har lägst godkänt AUP-pris då dessa är tillgängliga (original som byts mot parallellimport) (s. 406).

Ta ut sanktionsavgift av den som inte expedierar billigaste tillgängliga läkemedel (original som byts mot parallellimport) (s. 406).

Apotek, grossister och distributörer ska fortlöpande till LFN rapportera till vilka priser de har köpt in läkemedel (genom registrering i NPL) (s. 408).

Prissättning vid stabil generisk konkurrens (s. 409–411)

Fastställa förmånspris för utbytesgrupper.

Bestämma vilka grupper som ska omfattas av förmånspris och vilka läkemedel som ska ingå.

Ta emot rapporterade priser.

På begäran få ta del av avtal mellan apotek, grossister och distributörer å ena sidan och tillverkare å andra.

Ta ut sanktionsavgifter av den som inte rapporterar priser eller redovisar avtal.

Meddela föreskrifter för beräkning av förmånspris.

⁹ Sidhänvisningar i bilagan avser huvudbetänkandet.

Undersöka förutsättningarna för registrering i NPL av apoteks, grossisters och distributörers inköpspriser.

Senast 2011 väcka initiativ till en mer dynamisk prissättningsmodell.

Receptfritt

Prissätta receptfria läkemedel som ska ingå i förmånerna (s. 444).

Apotekens ersättning

Fastsätta apotekens ersättning för expedition och årlig ersättning (s. 449).

Meddela föreskrifter om hur ersättningarna ska fastställas m.m. (s. 449).

Utreda frågan om ersättning för medicinska gaser, licenser, ”slutberedning” av vissa läkemedel och ersättningen till distansapotek.

Delbetalning

LFN kan komma att få uppdraget att utfärda föreskrifter om delbetalningssystemet. Frågan om vilken myndighet som ska utfärda föreskrifterna överlämnar utredaren till regeringen (s. 236).