

Socialdepartementet  
103 33 STOCKHOLM

s.remissvar@regeringskansliet.se  
s.fs@regeringskansliet.se

## Remissvar på Läkemedelsutredningens slutbetänkande Tydligare ansvar och regler för läkemedel (SOU 2018:89)

### Inledning

Sveriges Apoteksförening har fått möjlighet att yttra sig över rubricerade betänkande. Föreningens huvudsakliga kommentarer och invändningar avser de delar som främst berör apoteksmarknaden, dvs. Prisavtal (kap. 10) och Prissättning av läkemedel utan generisk konkurrens (kap. 13). Utredningen föreslår i sistnämnda kapitel att öppenvårdsapotekens rätt att förhandla och teckna avtal rörande parallellimporterade läkemedel helt avskaffas. Detta följer av förslagen att sanktionera hemliga rabattavtal mellan regionerna och direktimporterande läkemedelsbolag som förs fram i kapitel 10.

### Huvudsakliga invändningar från apoteksbranschen

Sveriges Apoteksförening avstyrker utredningens förslag i sin helhet i ovan nämnda delar då det riskerar att innebära stora inskränkningar av konkurrensen, parallellimporten och transparensen på marknaden, vilket i förlängningen kan leda till högre läkemedelskostnader för det offentliga.

Vidare innebär förslagen väsentliga försämringar av apoteksbranschens ekonomiska förutsättningar för att sälja läkemedel och som gällt sedan omregleringen. I utredningen bedöms att apotekens samlade vinst kan minska med upp till 250 miljoner kr, vilket motsvarar 20 procent av vinsten. Utredningen har dock utgått från antaganden som är osannolika. För apoteksbranschen bedöms förslaget innebära, om det realiserar, en förlust om cirka 400 miljoner kr årligen. Det kommer att ha stor negativ inverkan på branschens möjligheter att driva apotek i dagens omfattning vad gäller såväl service som tillgänglighet.

Sveriges apoteksförening förutsätter emellertid, om förslaget genomförs, att apoteksbranschen kompenseras ekonomiskt för detta. Det innebär att förslaget är ofinansierat med uppskattningsvis 400 miljoner kr årligen för det offentliga i denna del.

Utredningen föreslår även stora ingrepp i den centrala värdebaserade prismodellen (kap. 12). TLV föreslås väga in civilrättsliga och hemliga avtal i pris- och subventionsbeslut avseende läkemedel. Detta innebär ett s.k. dubbelt förfarande som inte tillgodoser allmänna förvaltningsrättsliga krav på legalitet och transparens. Detta står i strid med EU-rätten och transparensdirektivet. Vidare innebär förslagen en begränsning av etableringsfriheten och friheten att tillhandahålla tjänster i strid med Europeiska Unionens Funktionssätt (FEUF) och utgör även ett kvantitativt handelshinder i strid med FEUF.

Vad gäller förslagen kring den övergripande finansieringen finns stora oklarheter (kap. 5). Det nuvarande riktade statsbidraget för läkemedel som omfattas av förmånen görs om till ett generellt statsbidrag samt ett särskilt, betydligt mindre bidrag för nya läkemedel som sammantagna vid startåret är lägre än nuvarande bidrag. Ett generellt statsbidrag är varken indexerat eller värdesäkrat och urholkas därför över tid. Ett sådant bidrag kan också regionerna fritt förfoga över, och dessa medel kan därför gå till helt andra användningsområden än läkemedel. Utgångspunkten är kostnadskontroll och det tillförs totalt sett inga mer pengar, varför det kan ifrågasättas om förslaget leder till bättre och mer jämlik tillgång till nya och effektiva läkemedel för patienterna. Överlag är stora delar av utredningens förslag ofärdiga och konsekvenserna bristfälligt analyserade.

Sveriges apoteksförening tillstyrker slutligen de föreslagna förändringarna och förenklingarna som innebär att läkemedel och förbrukningsartiklar inom förmånen hanteras på samma sätt, samt att momsneutralitet införs för förbrukningsartiklar (kap.6 och 7).

I det följande utvecklar föreningen sina kommentarer och synpunkter.

#### Kap 10 Möjligheter till prisavtal för varor inom förmånerna

**Utredningen föreslår att det ska vara möjligt för regioner och företag att ingå avtal som innebär att regionernas kostnader för användningen av varor som ingår i läkemedelsförmånerna blir lägre än de kostnader som uppstår med de officiellt fastställda priserna.**

- Genom att sanktionera avtalsförfarandet kommer det att leda till flera hemliga avtal
- Hemliga avtal ses som nödvändiga men utredningen har inte analyserat eller övervägt andra alternativ
- Hemliga rabattavtal begränsar transparensen och priskonkurrensen på marknaden
- Avtalskonstruktionen innebär att regionerna får rabatt på patienternas egenavgifter

Läkemedelsutredningen har i stor utsträckning påverkats av läkemedelsindustrin som har intresse av att begränsa konkurrensen på marknaden och bevara och utöka systemet med höga svenska listpriser och avtal med hemliga rabatter. Industrin har incitament att bibehålla höga listpriser i Sverige, som är ett referensland för prissättningen i andra länder, och prisdifferentiera mellan länder beroende på bl.a. olika betalningsvilja. Utredningen gör bedömningen *"...att utvecklingen med avtal har skapat möjligheter till lägre läkemedelskostnader i Sverige, och därmed också möjligheter till en tidigare tillgång till nya dyra läkemedel, än vad som skulle ha varit fallet med enbart listpriser."* Utredningen hänvisar till att *"Enligt de uppgifter vi har fått vid kontakter med läkemedelsföretag är sekretessbelagda avtal en förutsättning för att Sverige ska få tillgång till läkemedel till de kostnadsnivåer som hittills har uppnåtts."*

Erfarenheter från andra jämförbara länder visar på farhågor och risker med kraftigt ökad användning av avtal, såsom bristande transparens och felaktiga incitament för prissättningen och i slutändan kostnaderna för det offentliga.<sup>1</sup> Det finns också initiativ som syftar till att ge mindre länder möjlighet att samarbeta för att pressa priser på läkemedel och inte tvingas in i

<sup>1</sup> How to improve the Belgian process for managed entry agreements, KCE, 2017. [www.kce.fgov.be](http://www.kce.fgov.be)

hemliga avtal. Ett sådant är det så kallade Beneluxa-initiativet<sup>2</sup> där förutom Benelux-länderna även Irland och Österrike ingår. Även Danmark har aviserat att man vill ingå i samarbetet. Målsättningen är att patienter ska få tillgång till läkemedel till rimliga och offentliga priser och att samarbetet mellan olika länder ska öka pristransparensen mellan deltagande länder. Utredningen synes inte ha analyserat eller ens noterat sådana alternativ.

Utgångspunkten för utredningen har istället varit att rabattavtal är nödvändiga och att apotekens förhandlingsrätt samt gällande utbytesregler för läkemedel utan generisk konkurrens försvårar att sådana avtal träffas. Utredningen anför på s. 444:

”Det är dock inte förhandlingsrätten i sig som gör avtalen svårhanterade avseende parallellimport. Det är snarare mekanismen att produkter för vilka avtalen upprättats eventuellt kan bytas ut mot produkter utan återbäringsavtal och med samma fastställda utförsäljningspris (AUP) som gör alla sorters avtal mellan landsting och enskilda läkemedelsföretag svåra att upprätta. Det var bakgrunden till att Skåne i samband med den lokala upphandlingen av förmånsläkemedlet Cimzia förordade att förskrivare skulle motsätta sig utbyte vid förskrivning. Sådana uppmaningar till förskrivare förbjöds därefter av TLV. Förbudet fastställdes senare av kammarrätten.”

Det är mot bakgrund av omsorgen om dessa avtal som förslagen ska ses i kap. 13, där apotekens förhandlingsrätt och möjligheter att köpa in och sälja parallellimporterade (PI) produkter föreslås avskaffas i sin helhet. Detta är en mycket ingripande åtgärd och utredningen konstaterar själva följande på s. 280:

”Det är bara en liten del av varorna inom läkemedelsförmånerna (sommaren 2018 cirka 1–2 procent av läkemedlen och ingen av förbrukningsartiklarna) som omfattas av avtal. För resten av produkterna betalar landstingen alltså det officiella priset. Avtal används främst för vissa läkemedel som saknar konkurrens av utbytbara generiska alternativ, det vill säga biologiska läkemedel och nyare produkter som omfattas av patent.” (vår understrykning)

Antalet avtal utgör en liten andel idag, men kan förutses öka i omfattning om utredningens förslag realiserar. Det bör vidare uppmärksammas att många av dessa avtal redan idag är raka rabattavtal och inte avtal om s.k. riskdelning mellan läkemedelsföretag och regioner för dyra läkemedel där osäkerhet råder kring behandlingseffekt. Rabattavtalen tecknas ofta först efter det att produkten mött konkurrens från substitut som biosimilarer eller läkemedel med snarlik medicinsk effekt. Avtalen avseende TNF-hämmare är att betrakta som rabattavtal och detsamma gäller för Hepatit C och Faktor VIII (blödarsjuka). Försäljningsvärdet (AUP) för de sammanlagt 21 avtalen på dessa tre områden motsvarar cirka 77 procent av den totala försäljningen av läkemedel som omfattas av sidoöverenskommelser.<sup>3</sup> Rabattavtalen är således helt dominerande uttryckt i försäljningsvärde. Avtalen används av företagen för att hemlighålla de faktiska priserna för konkurrenterna för att därigenom begränsa konkurrensen, vilket också utredningen bekräftar (s. 371):

”Ett skäl är att konfidentiella återbetalningar är ett sätt att erbjuda ett lägre pris till köparen utan att det syns för konkurrenter, vilket ur företagets synvinkel minskar riskan för eskalerande priskonkurrens. Ett annat skäl är att det är ett sätt att låta läkemedelsföretagen prisdifferentiera trots extern referensprissättning.” (vår understrykning)

Istället uppkommer priskonkurrens genom parallellimport av utbytbara produkter till priser som understiger de höga officiellt fastställda listpriserna. En orsak till detta är att de faktiska priserna är konfidentiella och detta noterar också utredningen (s. 322):

”Det är utan tvekan så att den ordning med konfidentiella avtal som har utvecklats innebär vissa fördelar för parallellimportörer av läkemedel. Grunden till detta är dock just kravet på konfidentialitet, ett krav som inte drivs av någon annan än de avtalstecknande företagen. Om företagen inte krävde att de avtalade kostnaderna skulle hållas hemliga, skulle

<sup>2</sup> <http://beneluxa.org/collaboration>

<sup>3</sup> TLV:s rapport Uppföljning av läkemedelskostnader, juni 2018. Egen beräkning baserad på uppgifter från tabell 7, s. 34.

apotekens priser kunna spegla de verkliga kostnaderna. Ett direktimporterat läkemedel skulle då inte bytas ut mot ett parallellimporterat om inte den parallellimporterade varan faktiskt gav en lägre kostnad.”

Utredningen förespråkar trots detta fortsatt och ökad användning av hemliga rabattavtal och avskaffande av apotekens förhandlingsrätt med risk för att även parallellimporten begränsas. Man hade emellertid istället kunnat föreslå att när det finns konkurrerande alternativ, som exempelvis TNF-hämmare, bör priserna fastställas och offentliggöras av TLV på samma sätt som för andra läkemedel. Parallellimporten har då att konkurrera med faktiska priser, liksom konkurrenter med alternativ vilket skulle medföra ökad transparens och en mer dynamisk pris konkurrens.

Rabattavtalen är också problematiska ur det perspektivet att regionen får en rabatt även på den del som patienten själv betalar. Utredningen konstaterar själva detta men anser sig ha löst problemet genom att införa en regel att regionernas kostnad måste överstiga egenavgiften i högkostnadsskyddet för att ett avtal ska få ingås. Det förändrar dock inte att regionen får rabatt på själva egenavgiften och att det skulle vara mer gynnsamt för en patient med ett lägre listpris istället för ett rabattavtal (se vidare Appendix B).

## Kap 12 Prismodeller

**Utredningen föreslår att TLV får utökade resurser att ompröva äldre läkemedel. Kopplat till det får myndigheten ett regeringsuppdrag att sänka kostnaderna för förmånsberättigade läkemedel som är äldre än fem år med 700 miljoner kronor genom prissänkningar.**

- Ett flertal olika förslag som påverkar dagens prismodell förs fram och konsekvenserna av dessa förslag är inte analyserade
- Prissänkningar innebär lägre marginal för apoteken i kronor
- Förslagen strider mot EU-rätten i flera avseenden

### Ingrepp i prismodellen vars konsekvenser är otillräckligt belysta

Utredningen inleder med att göra bedömningen att den värdebaserade prissättningen även fortsättningsvis är det bästa systemet och en flexibel modell. Sedan föreslår utredningen emellertid inskränkningar och förändringar för att stärka ”flexibiliteten” ytterligare, framför allt genom förhandlingar om återbäringsavtal. TLV får i uppdrag att sänka kostnaderna för förmånsberättigade läkemedel med 700 miljoner kr genom ett sparbetning på läkemedel äldre än fem, en besparing som bekostas av läkemedelsindustrin. Överlag föreslås fler och tidigare omprövningar under patenttid som kan initieras av såväl TLV som regionerna, vilka ges rätt att ansöka om att TLV ska inleda en omprövning för hela läkemedelsgrupper inom ett terapiområde. Avtal, som i de mest väsentliga delarna blir hemliga (rabatt och pris), blir ett viktigt verktyg som sanktioneras, beaktas och kommer att användas mer frekvent. Slutligen föreslås apotekens förhandlingsrätt på PI tas bort helt och hållet. Sammantaget är detta långtgående ingrepp i den värdebaserade prismodellen och vars konsekvenser är otillräckligt belysta.

Förslagen är ensidigt inriktade på kortsiktiga kostnadsbesparingar och utredningen belyser inte långsiktiga indirekta effekter, exempelvis på forskning och innovationsbenägenhet. Den föreslagna modellen blir mer svåröverskådlig och minskar transparensen genom fler hemliga rabattavtal. Istället för transparenta prisbeslut finns en risk att den förhärskande metoden kommer vara att så länge priserna är under ett takpris kommer det faktiska inköpsbeslutet

fattas efter en upphandling. Men istället för att följa LoU så sker upphandlingen utan insyn genom förhandlingar mellan regionerna och läkemedelsleverantörerna.

Prissänkningar innebär en lägre marginal för apoteken

Ovanpå förslaget rörande slopad förhandlingsrätt tillkommer de övriga förändringarna i prismodellen som innebär en ytterligare negativ påverkan på apotekens totala marginal. Handelsmarginalens konstruktion innebär att lägre priser på dessa läkemedel ger en lägre marginal i kronor för apoteken. Utöver detta ger prissänkningar effekter på värdet av de varor apoteken har i lager, som kan innebära att dessa säljs till ett lägre pris än vad de köptes in för, vilket kan innebära ansevärliga förluster. Prissänkningar genom omprövningar ger också en mindre möjlighet att göra en vinst på parallellimporterade läkemedel för dessa grupper. Förutom en lägre rabatt då prisskillnaderna minskar kan vissa parallellimportsgrupper då försvinna helt från marknaden.

Förslagen strider mot EU-rätten

TLV föreslås väga in civilrättsliga och hemliga avtal i pris- och subventionsbeslut avseende läkemedel. Detta innebär ett s.k. dubbelt förfarande som inte tillgodoser allmänna förvaltningsrättsliga krav på legalitet och transparens. Detta står i strid med EU-rätten och transparensdirektivet. Vidare innebär förslagen en begränsning av etableringsfriheten och friheten att tillhandahålla tjänster i strid med Europeiska Unionens Funktionssätt (FEUF) och utgör även ett kvantitativt handelshinder i strid med FEUF. Se vidare Rättsutredning, Bilaga 1.

### Kap 13 Prissättning av utbytbara läkemedel utan generisk konkurrens

**Utredningen föreslår att utbytesreglerna ändras för läkemedel utan generisk konkurrens. Apoteken ska byta till det tillgängliga utbytbara läkemedel som leder till lägsta kostnader. I de fall kostnaden inte kan förmedlas, till exempel på grund av särskilda avtal, ska varor, i valet av vilken produkt som ska expedieras, ges en förutbestämd rabatt motsvarande 15 procent av försäljningspriset utan hänsyn till utökad marginal. Det ska regleras i läkemedelsförmånsförordningen. Apoteken ska inte längre få köpa in eller sälja läkemedel utan generisk konkurrens till priser som understiger de inköps- och försäljningspriser som TLV har fastställt.**

- Ökad användning av hemliga avtal i kombination med schablonrabatten kommer att minska parallellimporten totalt sett vilket minskar prispressen
- Förbudet mot apotekens rätt att teckna avtal om inköp av parallellimporterade läkemedel kommer ytterligare att minska prispressen
- Den skisserade prismodellen är inte fullständigt analyserad och utformningen bidrar inte till en väl fungerande prispress utan ökar istället osäkerheten på marknaden
- Förslaget om schablonrabatt på 15 % för produkter med avtal är otydligt formulerat i förslaget till lagtext och kan inte tillämpas
- Utredningen underskattar förslagets negativa påverkan på apoteksmarknaden. Apotekens rörelseresultat beräknas istället minska med 400 miljoner kronor årligen
- Denna resultatpåverkan är en kostnad för samhället då det är regionerna och patienterna som ersätter apoteken för arbetet med receptexpedition, varför förslaget är underfinansierat med 400 miljoner
- Vinsterna av apotekens förhandlingsrätt har bidragit till prispress och väsentligt förbättrad service och tillgänglighet till apotek

#### Ökad användning av hemliga rabattavtal minskar parallellimporten

Utredningens förslag kommer att styra mot en *ökad* användning av rabattavtal mellan regionerna och direktimporterande (DI) bolag, och vars innehåll kommer att omfattas av sekretess för bl.a. rabatter. Produkter som omfattas av hemliga rabattavtal ges vid prisjämförelse vid receptexpediering en schablonrabatt på 15 procent på listpriset oavsett faktisk rabatt, och parallellimporterade produkter måste ha ett pris som understiger detta fiktiva nettopris för att få säljas. Enligt den marginalmodell som föreslås innebär det enligt våra beräkningar att en parallellimportör måste erbjuda mer än 30 procent i rabatt på AIP-nivå för att AUP ska vara 15 procent lägre (se Appendix A för beräkningar). Eftersom det i många fall saknas utrymme för parallellimportörer att erbjuda rabatter av denna storlek riskerar parallellimporten att försvinna i de parallellimportsgrupper där avtal finns. I grupper utan avtal räcker däremot att det fastställda priset är lägre, eventuellt efter hänsyn taget till ett lägre tröskelvärde, för att parallellimport (PI) ska kunna få försäljning. DI-bolag har därför starka incitament att bibehålla höga listpriser och träffa fler rabattavtal för att försvåra parallellimport.

#### Apotekens avskaffade förhandlingsrätt minskar prispressen

Utredningens förslag innebär att den grundläggande avtalsfriheten för apoteken avskaffas i förhållande till parallellimportörer. Användandet av avtal mellan apotek och parallellimportörer är en avgörande förutsättning för parallellimport. Avtalen reglerar inte bara priser utan även åtagande om leveranser och att köpa avtalade kvantiteter samt andra sedvanliga avtalsvillkor. Avtalen reglerar dessutom att leverantörerna ska vara anslutna till läkemedelsförsäkringen, att de ska följa direktivet kring förfalskade läkemedel och hantera returerna av läkemedel. Avtalen är nödvändiga för att hantera risker och osäkerhet, vilket är något som utredningen helt bortser ifrån. Det är anmärkningsvärt och inkonsekvent att den ena typen av avtal mellan offentligrättsliga aktörer och direktimporterande bolag ses som nödvändiga av utredningen, medan den andra typen av avtal mellan privata aktörer anses vara problematiska utifrån frågan om transparens. I frånvaro av avtalsinstrumentet mellan parallellimportörer och apotek kommer parallellimporten att minska till följd av ökad osäkerhet för både apoteken och parallellimportörerna.

#### Ofullständig analys ger stora och förbisedda konsekvenser för apoteksmarknaden

##### *Apotekens rörelseresultat kan komma att minska med 400 miljoner*

Förslaget får mycket stor påverkan på apoteksmarknaden och dess aktörer. Marknaden och dynamiken på marknaden är bristfälligt analyserad i betänkandet, och konsekvenserna för apoteken är större än utredningens antaganden. Enligt utredningen minskar apotekens samlade rörelseresultat med cirka 20 procent eller 250 miljoner kr årligen baserat på antagandet att hälften av dagens intjäning på 500 miljoner som apoteken har på parallellimport tillfaller regionerna. Detta antagande bygger på att parallellimporten är på liknande nivåer som idag – både gällande volym och prispressande effekt. Ett antagande som är osannolikt till följd av att avtalsmodellen, besparingsbetinget på läkemedel äldre än fem år på 700 miljoner kr och fler omprövningar får som effekt att parallellimporten begränsas. Förutom den minskade volymen måste också den nya modellens förmåga att pressa priser ifrågasättas.

Eftersom förhandlingsrätten och apotekens möjligheter att ingå avtal försvinner med utredningens förslag liknar förhållandena de som gällde före omregleringen. Detta kan utgöra en utgångspunkt för att uppskatta hur vinsterna från parallellimporten kommer att påverkas. Under år 2008 genererade den dåvarande monopolisten Apoteket AB utan avtal en besparing på 120 - 140 mkr till följd av utbyte till parallellimport. För att kunna jämföra med 2008 måste vi dock ta både pris- och volymutvecklingen i beaktande. Värdet per enhet för parallellimporterade läkemedel har under perioden januari 2012 till januari 2019 legat stabilt kring 800 kr.<sup>4</sup> Preiseffekten kan därför anses vara försumbar. Volymen har däremot fluktuerat under åren bl.a. beroende på växelkurser och vilka läkemedel som förlorat sitt patentskydd. Även om vi använder en högre volym än 2008, trots att den genomsnittliga växelkursen var något högre under 2018 jämfört med 2008, kan man utifrån det relativt stabila priset uppskatta att merförtjänsten skulle bli högst 200 jämfört med dagens 500 miljoner kr. Efter vinstdelning med regionerna (50/50 enligt utredningens förslag) återstår då 100 miljoner kr för apoteken, vilket innebär ett minskat rörelseresultat med 400 miljoner kr eller en tredjedel av det samlade rörelseresultatet.

Utredningen bortser helt från den privatekonomiska skada som apoteken åsamkas. Tvärtom understryks att apoteken inte bör ersättas för att förslaget ska framstå som statsfinansiellt neutralt, när det i själva verket är fråga om ett ofinansierat förslag som kostar 400 miljoner kr. Hanteringen av receptbelagda läkemedel inom förmånen går redan idag med underskott och handelsmarginalens kostnadstäckning inklusive merförtjänst från parallellimport understiger 90 procent.<sup>5</sup> Det är TLV som ansvarar för att besluta om handelsmarginalens nivå och utformning i syfte att säkerställa att förutsättningarna finns för att nå de mål som riksdagen beslutat om. Vill samhället upprätthålla samma nivå som idag måste apoteken kompenseras med 400 miljoner kr som är en årligen återkommande kostnad för det offentliga. Det är regionerna och i viss mån patienterna som i slutändan får betala för detta. Att merförtjänsten från parallellimporten skulle tillfalla apoteksaktörerna var en förutsättning vid omregleringen av apoteksmarknaden och har fortsatt att vara så för de aktörer som därefter valt att etablera sig på den svenska marknaden. Utredningens förslag innebär en drastisk förändring av dessa förutsättningar.

#### *Bristande insikt rörande marknadsdynamiken för parallellimport*

Den merförtjänst som apoteken kan få på parallellimporterade produkter beror på användandet av avtal med parallellimportörer som reglerar helheten. För apoteken är en något förhöjd marginal inte tillräckligt för att kompensera för ett avtalslöst tillstånd, medan parallellimportörerna kommer att agera under osäkerhet kring att kunna få avsättning för sina kvantiteter. Detta kommer sammantaget att innebära färre parallellimporterade produkter, lägre prispress och lägre merförtjänst. Vinsterna från dagens verksamhet kan inte

---

<sup>4</sup> Baserat på uppgifter från den månatliga försäljningsstatistiken som Sveriges apoteksförening inhämtar från medlemsföretagen sedan år 2012.

<sup>5</sup> Baserat på beräkningar av totala hänförliga kostnader i receptaffären genomförd av Sveriges Apoteksförening för åren 2016 och 2017. Underlaget baseras på inhämtade uppgifter enligt en enhetlig beräkningsmall från de fem apotekskedjorna och Apotea. Ett antal fastställda beräkningssteg har granskats av respektive aktörs revisorer och Ernst & Young har sedan sammanställt dessa granskningsrapporter och granskat att föreningens sammanställning stämmer överens med de ingående underlagen.

antas vara desamma i framtiden när fundamentala förutsättningar för apoteksaktörerna och parallellimportörerna ändras.

Utredningen sätter sin förhoppning till att en extra marginal ska göra att apoteken premierar den leverantör som sänker sitt pris mest i förhållande till den med högst pris i en grupp. Tanken är enkel – den som har lägst pris på marknaden ska då få störst försäljning och därmed finns incitament att hålla låga priser. Det är samma tanke som ligger bakom konstruktionen med periodens vara (PV) inom generikasystemet men det finns avgörande skillnader i det föreslagna parallellimport (PI)-systemet.

Skillnaderna är att i PV-systemet måste en leverantör garantera tillgänglighet till hela marknaden. Ersättningen för apotekens hantering är stabil och det finns ett tydligt regelverk för slutförsäljning och reservvaror som underlättar hanteringen. Men framförallt så innebär PV-systemet att den med lägst pris får hela marknaden och det är reglerat i lag. I den föreslagna modellen för PI så kommer det avgörande för att en vara ska väljas istället vara hur stort det ekonomiska incitamentet är i förhållanden till kostnader och osäkerheter som apoteken har för hanteringen. Utredningen har helt bortsett från att apoteken har kostnader för försäljningen av PI och underskattar prismodellens förmåga att skapa ekonomiska incitament och pressa priser (se vidare nedan och Appendix A).

Utredningen fokuserar också på att prispressen sker per utbytesgrupp. Idag sker förhandlingarna mellan ett apotek och en PI-leverantör för leverantörens hela produktportfölj och inte bara utifrån rabatter på enskilda produkter. Det innebär att mindre produkter kan komma att utgå från PI-sortimentet framöver. Det är också en felaktig bild som utredningen för fram att det endast är de större apoteksaktörerna som gynnas av dagens parallellimportsystem där flera av de oberoende apoteksaktörerna enskilt ligger över marknadsgenomsnittet för försäljning av parallellimporterade läkemedel.

Slutligen är det viktigt att påpeka att det är volymen PI som i första hand avgör hur stor den samlade rabatten blir – inte rabatten per produkt då det är en generell bristsituation på de flesta parallellimporterade läkemedel. Apoteken är idag, tack vare avtalen, effektiva i att få till utbyten och inköp av PI. Om osäkerheten i tillgång ökar innebär det att styrningen mot PI minskar och andelen DI ökar. Detta innebär att även om prispressen skulle bli kvar på dagens nivå minskar troligtvis den faktiska intjäningen ändå på grund av en lägre försäljningsvolym av PI.

#### *Prismodellen för styrning av försäljningen är inte fullständigt analyserad*

Prismodellen är svår att bedöma då den snarast har karaktären av en tankekiss, som sedan TLV ska precisera i föreskrifter. Det gäller bland annat tröskelvärdena och fördelningen mellan regionerna och apoteken. Modellen ger dock inte de prispressande effekter som utredningen antar. Om den nu föreslagna prismodellen blir verklighet finns följande identifierade problem (se vidare Appendix A):



- I parallellimportgrupper med endast en parallellimporterad produkt finns ingen mekanism för prispress, om inte tröskelvärde tillämpas då prispressen begränsas till tröskelvärdet (5 % i förslaget).
- I parallellimportgrupper med begränsad tillgång (majoriteten av alla grupper) riskerar tillgänglighet bli viktigare än pris med begränsad prispress som följd.
- Även i parallellimportgrupper med god tillgänglighet så är det tveksamt om prispressen kan upprätthållas på dagens nivå.
- Tillämpas ett tröskelvärde på 5 % kan det inträffa att den vara som har lägst pris inte är den som ger apoteken störst ersättning.
- DI-leverantören, som oftast kommer vara den som ligger högst i pris, skulle även kunna "slå ut" apotekens extra marginal på PI genom marginella sänkningar likt i dagens system, och dessutom utan att behöva bli lägst i pris.
- Prismodellen gör också att produkter med avtal gynnas och att produkter utan avtal måste sänka sitt pris AIP med över 30 % för att kunna konkurrera.

När det gäller produkter med avtal ska dessa i utbytessituationen bedömas ha en fiktiv rabatt på 15 procent, men när läkemedlet betalas ska listpriset användas. I den föreslagna författningstexten står: "*Vid beräkningen av kostnaden för den som ska betala ett läkemedel vid utbyte...får en rabatt motsvarande 15 % anses gälla.*" Den som ska betala läkemedel kan vara patienten själv, regionen (när patienten har frikort) och många gånger delas kostnaden mellan patient och regionen. Patienten får aldrig del av någon rabatt vid betalningen så hur detta ska hanteras för en patient utan frikort är oklart.

Förmånslagstiftningen ger också patienten rätt att mot en merkostnad behålla det läkemedel som står på receptet. Det kan innebära att apotekspersonalen i vissa fall ska föreslå ett byte från en billigare förskrivna vara till en dyrare vara som har rabattavtal. Detta är en logik som blir omöjlig för apoteksmedarbetare att förstå och förklara för patienten. Skulle patienten motsätta sig bytet ska patienten betala mellanskillnaden mellan det förskrivna läkemedlet och det som apoteket skulle byta till. Hur mellanskillnaden i detta fall ska beräknas är inte beskrivet (se vidare Appendix B).

Vinsterna av apotekens förhandlingsrätt har tillkommit det offentliga

#### *Bidrar till prispress*

Utredningen anför att apotekens förhandlingsrätt inte har skapat kvantifierbara besparingar för det offentliga och därför är svårt att motivera i samband med att regionerna får ett större finansieringsansvar för läkemedel (s. 447). Som stöd för denna tes åberopas ett antal figurer i bilaga 11 till betänkandet. Det är dock helt felaktigt att som utredningen påstår göra detta "*För att utvärdera vilka effekter parallellimport kan ha på läkemedels utförsäljningspris på apotek (AUP)...*" Utvärdering av effekter kan inte göras genom att visa några grafer över enkla samband, utan måste göras med avancerade statistiska metoder för att kontrollera för andra faktorer. Det finns vidare flera felaktigheter i bilagan 11 av vilka några belyses nedan.

Utredningen utgår från de tio produkter som hade störst försäljning av parallellimport under perioden 2015 till 2017 och konstaterar att majoriteten av prissänkningarna beror på omprövningar av subvention som genomförts av TLV. Produkterna på denna topp 10-lista ligger dock i topp just på grund av att DI-bolagen inte är påverkade av prissänkningarna från

PI, de blir troligen kompenserade för PI-försäljningen på den svenska marknaden av sitt moderbolag, varför det inte finns incitament för dem att sänka listpriset. Vidare bör inte produkterna Crestor, Simponi och Cimzia ingå i urvalet. Generika introducerades på marknaden under denna period för Crestor och genom prisgenomgångar sänktes priset på Simponi och Cimzia, varför DI-bolaget inte vill bidra ytterligare till lägre priser.

Om utredningen istället undersökt produkter som har störst total försäljning av både DI och PI, inte bara PI uteslutande, framkommer en annan bild. Omfattande prissänkningar sker och PI har en direkt påverkan på prisbilden. Tre sådana exempel är Zepatier, Eplusa och Isopto-Maxidex. För Zepatier skedde tre prissänkningar (april 2017, juli 2018 och januari 2019) som gav en total besparing på 329 miljoner kr utifrån ursprungligt AUP och volymen år 2018. För Eplusa skedde två prissänkningar (oktober och december 2018) som medförde att marknadsandelen för PI sjönk från 24,7 till 1,3 procent respektive 34,1 till 0,5 procent. Prissänkningarna gav en total besparing på 77 miljoner kr. För Isopto-Maxidex skedde hela tio prissänkningar som visar på en aggressiv prissättningsstrategi från DI-bolaget för att konkurrera ut PI. Situationen har inneburit att PI har försvunnit från denna produktmarknad. Total besparing sju miljoner kr. Enbart för dessa tre produkter har PI således bidragit till besparingar på över 400 miljoner kr.

Utredningen går slutligen igenom några läkemedel för vilka det finns återbäringsavtal och där det har förekommit prissänkningar, och där det inte har skett prissänkningar. Det verkar som att rabattavtal inte påverkar listpriserna. I övrigt är det oklart vad graferna ska visa, och utredningen gör inte heller några kommentarer kring detta. Det hindrar dock inte utredningen från att dra den tvärsäkra slutsatsen i själva betänkandet som återges ovan.

#### *Väsentligt förbättrad tillgänglighet i flera aspekter*

En annan aspekt som förbises i utredningen är att handelsmarginalen har varit oförändrad ända sedan omregleringen för tio år sedan. I samband med omregleringen infördes ett antal regelförändringar på generikamarknaden, bland annat takpris efter patentutgång. Dessa regelförändringar finansierade mer än väl den initiala höjningen av handelsmarginalen (den s.k. generikatian), och kostnaden per dygnsdos (AUP) sjönk istället med 10 procentenheter.<sup>6</sup>

Under samma tidsperiod har tillgängligheten till apotek ökat markant; antalet apotek har ökat med mer än 50 procent till drygt 1 400, öppettiderna per apotek och vecka har ökat med 24 procent och antalet söndagsöppna apotek med 250 procent. Även tillgängligheten på apotek har varit lika hög som under monopoltiden och har dessutom ökat trendmässigt under de senaste åren. Den s.k. direktexpedieringsgraden uppgick till 95,7 procent under 2018.<sup>7</sup> Denna utveckling har skett samtidigt som läkemedelsrådgivningen har haft en kontinuerligt hög kvalitet och säkerhet. Förbättrad service och tillgänglighet till apotek var det främsta målet med omregleringen och ökad tillgänglighet kostar, men det har inte kostat något för det offentliga. Merförtjänsten från parallellimport har bidragit till detta.

---

<sup>6</sup> Tillväxtanalys, Kostnadsutvecklingen för läkemedel på den omreglerade apoteksmarknaden, Rapport 2012:13.

<sup>7</sup> Sveriges apoteksförening, Branschrapport 2019.

Parallellimporten som bedrivs av apoteksaktörerna kommer därför patienterna, det offentliga samt apoteksaktörerna till godo på olika sätt. Parallellimporten ger en marginalförstärkning till apoteken och har därför bidragit till den mycket positiva utvecklingen vad gäller apotekens tillgänglighet och service.

#### Övriga synpunkter

Förslagen kring den övergripande finansieringen i kap. 5 innebär att det nuvarande riktade statsbidraget för läkemedel som omfattas av förmånen görs om till ett generellt statsbidrag som vid startåret är 1,1 miljard kr lägre. Ett bidrag till läkemedel vid sällsynta sjukdomar tillkommer med 200 miljoner kr och därutöver föreslås ett betydligt mindre särskilt stöd för nya och effektiva läkemedel om 621 miljoner kr. Det finansieras genom prissänkningar på läkemedel äldre än fem år i form av ett sparbetning för TLV, som bekostas av läkemedelsindustrin (kap. 15.1). Det generella statsbidraget kommer varken att indexeras eller värdesäkras och urholkas därför över tid. Det generella statsbidraget kan regionerna fritt förfoga över liksom hela återbäringen från avtal, och dessa medel kan därför gå till helt andra användningsområden än läkemedel.

Utgångspunkten är alltså kostnadskontroll och det tillförs totalt sett inga mer pengar, och det föreslagna särskilda bidraget för nya läkemedel är försumbart i förhållande till det generella statsbidraget. Det kan därför ifrågasättas om förslaget leder till bättre och mer jämlik tillgång till nya och effektiva läkemedel för patienterna. Vidare är rollen och mandatet för det föreslagna Läkemedelsrådet oklart. Enskilda regioner ska inte få träffa rabattavtal, men hur förhandlingarna ska samordnas mellan regionerna är inte löst.

Johan Wallér, Vd Sveriges apoteks förening

Björn Falkenhall, chefsekonom Sveriges apoteks förening

Fredrik Boström, chefsfarmaceut Sveriges apoteks förening

## Appendix A - Beräkningsexempel utifrån utredningens föreslagna prismodell

Utredningen har föreslagit en modell för marginalberäkning för att skapa ett ekonomiskt incitament för apoteken att sälja det parallellimporterade läkemedel som har lägst pris. Förslaget är skissartat och ska preciseras av TLV. I nedanstående utgår vi dock från att utredningens förslag blir verklighet för att simulera ett antal utfall för att analysera närmare vad som händer när en sådan modell används. För enklare presentation används siffror avrundade till heltal i våra exempel. Genomsnittspriset på parallellimporterade läkemedel är 800 kronor så vi utgår från en grupp där AUP för det direktimporterade läkemedlet är 800 kr. Vi går även igenom några andra aspekter på det föreslagna systemet för PI och vilken effekt det får på PI-marknaden.

### En parallellimportsgrupp med en DI-leverantör och en PI-leverantör

För en vara med AUP = 800 kronor så är AIP = 739 kr med dagens prismodell. Utredningen föreslår att om en PI-leverantör kommer in med en ansökan om ett AIP som innebär att AUP blir lägre än 800 kronor så ska apoteken få ta del av halva den prissänkningen genom att marginalen höjs. Om en PI-leverantör i detta exempel inkommer med en prisansökan på 700 kr så skulle AUP bli 760 kr. Eftersom det då uppstår en prissänkning på 40 kronor jämfört med DI-produkten skulle hälften av detta – 20 kr – läggas på priset så att AUP egentligen då blir 780 kr. Det uppstår då ett incitament för en ökad marginal från 61 kronor till 80 kronor för apoteken att expediera denna produkt. Att apoteken helst skulle vilja sälja PI-varan framför DI-varan när båda finns på apoteket är ett rimligt antagande från utredningen. Men som följande exempel kommer visa är det inte tillräckligt för att ersätta dagens system eller ge sådan prispress som utredningen vill uppnå.

Som utredningen själva konstaterar så har konkurrens från parallellimport inte alltid lett till att DI sänker sitt pris för att möta konkurrensen. Någon fortsatt prispress är därför inte trolig i exemplet där enbart en PI-leverantör finns i gruppen. Apoteken säljer PI-varan när de kan få tag på den. I drygt en tredjedel av alla parallellimportsgrupper fanns endast en PI-leverantör varför pris konkurrensen i dessa grupper troligtvis skulle bli minimal.

### En parallellimportsgrupp med en DI-leverantör och flera PI-leverantörer

För ytterligare prispress måste ytterligare parallellimporterade varor komma in i denna grupp. Skulle då ytterligare en parallellimportör komma in i gruppen med samma AIP (700 kr – se tabell 1) så skulle även denna produkt vara ett alternativ. Eftersom en ensam parallellimportör sällan kan täcka hela behovet på den svenska marknaden skulle det troliga utfallet vara att båda de parallellimporterade varorna skulle säljas även om priset och förtjänsten var densamma. Viss osäkerhet skulle uppstå hos apoteken om vilken vara som var tillgänglig och PI-leverantörerna kan genom att bearbeta apoteken med information om tillgänglighet för sin vara se till att de får en bra försäljningsvolym. I en majoritet av parallellimportsgrupperna idag är det en begränsad tillgång på PI totalt sett även när fler än en parallellimportör finns i gruppen.

En DI-leverantör och 2 PI-leverantörer med samma pris

	AIP	AUP idag	AUP ny modell	Bruttovinst apotek
DI	739	800	800	61
PI-1	700	760	780	80
PI-2	700	760	780	80

Tabell 1. Två olika PI-alternativ finns. Båda ligger på samma AIP vilket ger samma incitament för apoteken att byta till PI oavsett vilken vara som väljs. Tillgänglighet kommer troligtvis vara det som är mest avgörande för valet av vara.

### Priskonkurrens mellan PI-leverantörer?

Ett annat alternativ är att en PI-leverantör väljer att sänka sitt pris – och på så sätt öka marginalen för apoteken för att göra det mer attraktivt att köpa deras vara. Vi fortsätter med ett exempel där DI har ett AUP på 800 kronor. PI-1 har ett AUP på 780 kronor vilket ger apoteken en förstärkt marginal på 19 kronor jämfört med DI. PI-2 sänker sitt AIP till 690 kr vilket då ger ett AUP på 775 kr och en förstärkt marginal jämfört med DI på 24 kr och mot PI-1 på 5 kr (se tabell 2). Det är självklart bättre för apoteken att sälja PI-2 jämfört med DI men att sälja PI-2 jämfört med PI-1 innebär en försumbar marginalförstärkning. I sammanhanget måste apoteken då också ta hänsyn till hur stor volym som finns tillgänglig av PI-2. Är det en begränsad volym innebär det en risk att byta vara från PI-1 till PI-2 då man kanske inte får leverans och istället blir tvungen att sälja DI – och då förlorar man hela merförtjänsten. I detta exempel innebär en utebliven försäljningsdag av PI-2 då man behöver sälja DI att man istället hade kunnat ha 5 försäljningsdagar med PI-1 för att få samma totala intjäning och då är inte kostnader för själva utbytet inräknade. Hur stor prissänkning som i realiteten kommer ge effekt är svårt att avgöra på förhand. Båda dessa exempel illustrerar beroendet av tillgänglighet, och i frånvaro av avtal är det en osäkerhet för apoteken som inte kan uppvägas av en mindre marginalförstärkning.

En DI-leverantör, 2 PI-leverantörer med olika pris

	AIP	AUP idag	AUP ny modell	Bruttovinst apotek
DI	739	800	800	61
PI-1	700	760	780	80
PI-2	690	750	775	85

Tabell 2. Både PI-1 och PI-2 har bättre bruttovinst jämfört med DI men PI-2 är något bättre. Skillnaden i bruttovinst mellan PI-1 och PI-2 jämfört med kostnaden och osäkerheten i ett byte är det som kommer avgöra om ett apotek vill byta från PI-1 till PI-2.

För att en effektiv priskonkurrens ska uppstå mellan olika PI-leverantörer krävs att det finns en god tillgång på produkter. Om tillgången är låg begränsas priskonkurrensen vilket även utredningen noterar. En av de större apotekskedjorna bedömde i början av 2019 att endast 168 parallellimportsgrupper eller 23 % av 715 möjliga grupper ansågs kunna erbjuda full tillgång. För att erbjuda full tillgång behövs oftast flera leverantörer vara verksamma inom samma grupp, vilket innebär att per leverantör är tillgången begränsad.

### Tröskel för att den extra marginalen ska utfalla

För att PI inte ska ge marginella prissänkningar jämfört med DI föreslår utredningen att ett tröskelvärde ska införas på förslagsvis fem procent på AUP-nivå för att den extra marginalen ska falla ut. I exemplet ovan innebär det att PI-leverantörerna måste sänka sitt AIP till 699 kronor vilket då ger ett AUP på 759 kronor och en extra marginal till apoteken på 20 kr. Tröskeln är en god tanke men innebär så som den är utformad ett antal negativa komplikationer för konkurrensen.

### DI har en extra gynnsam situation

I ovan exempel så har PI-leverantörerna lagt sig på en prisnivå strax under tröskeln. Det är rimligt att tro att i parallellimportsgrupper med begränsad tillgång så är det på denna nivå som leverantörerna kommer att ligga då tillgänglig volym kommer vara det viktigaste konkurrensmedlet för PI-leverantörerna. Om DI-leverantören då väljer att sänka sitt AIP från 739 till 738 raderas hela den extra marginalen ut för apoteken. DI-leverantören tvingar då fram ytterligare prissänkning hos PI-leverantören – som dock fortfarande har det lägsta priset och kommer ha en fortsatt försäljning under den månad det tar för dem att korrigera priset. Det är därför tveksamt att vi skulle se några drastiska prissänkningar från någon leverantör. Att DI-leverantören kan tvinga fram prissänkningar hos sina konkurrenter utan att själv behöva ligga lägst i pris är märkligt ur konkurrenshänseende. Att marginalen helt plötsligt försvinner understryker den osäkerhet som det innebär att köpa in PI-produkter.

### Produkten med lägst pris är inte alltid den med störst marginal

En annan situation uppstår om PI-leverantörerna har något olika pris på sina produkter. Skillnaden behöver inte vara stor, t.ex. kan det i exemplet i tabell 3 vara så att PI-1 har ett AIP på 699 kronor och PI-2 på 698. Om DI-leverantören sänker sitt pris till 738 kronor så blir effekten att PI-1 förlorar den extra marginalen och kostar 759 kr. PI-2 däremot har kvar sin extra marginal men kostar 779 kr. Vi har alltså en situation där den vara som har lägst AUP inte är den vara som ger apoteken någon extra marginal eller har lägst AIP.

En PI-leverantör skulle även kunna höja sitt pris och ta bort den tidigare marginalen. Det kan uppfattas som ologiskt – varför skulle man ta bort incitamentet för att apoteken skulle köpa in produkten? Men om apoteken redan har köpt produkten och leverantören har slut på sitt lager så innebär detta att leverantören får försäljning på sin produkt som redan är levererad.

En DI-leverantör, 2 PI-leverantörer med olika pris – tröskel på 5 procent

	AIP	AUP idag	AUP ny modell	Bruttovinst apotek
DI	738	800	800	61
PI-1	699	759	759	60
PI-2	698	758	779	81

Tabell 3. Exempel där DI har sänkt sitt pris marginellt jämfört med i tabell 1. Med en tröskel riskerar då den extra marginalen att raderas för PI-1 medan PI-2 har kvar sin extra marginal. PI-1 har då lägst pris men sämre marginal än både PI-2 och DI.

### Schablonrabatten om 15 procent på varor med avtal

Den föreslagna schablonrabatten på varor som omfattas av avtal påverkar även utfallet av den föreslagna prismodellen. I exemplet i tabell 4 skulle en vara med AUP 800 kronor som omfattas av avtal vid apoteksdisken bedömas som att den kostade 680 kronor när man väljer vilken vara som ska expedieras (varan kostar dock för kunden fortfarande 800 kronor). För att en PI-leverantör ska kunna få ett AUP på 680 kronor när listpriset i gruppen är 800 kronor så måste de ansöka om ett AIP på 502 kronor. Jämfört med DI-produktens AIP på 739 kronor är det en prissänkning på 32 %. Anledningen till detta är att PI-produkten och därmed apoteken enligt den nya modellen ska få en extra marginal på 50 % av prissänkningen. Prissänkningen måste beräknas på det officiella listpriset.

DI-leverantör med hemligt avtal, 2 PI-leverantörer med olika pris

	AIP	AUP idag	AUP ny modell	AUP vid utbytesval	AIP-prissänkning
DI med avtal	739	800	800	680	0%
PI-1	621	679	740	740	-16%
PI-2	502	558	679	679	-32%

Tabell 4. DI-varan har avtal och ska betraktas ha en 15 % rabatt vid beräkningen av vilken vara som har lägst kostnad "för den som betala läkemedlet". Eftersom AUP för PI-varan grundar sig på DI-varans officiella listpris så får PI en extra marginal vid beräkning av AUP. För att en PI-vara ska kunna betraktas ha det lägsta priset vid apoteksdisken så måste den ha ett AIP som är 32 % lägre än DI-varan.

### Risk för minskad prispress även när tillgången är god

Även där tillgången på PI-produkter är god så är risken stor att prispressen uteblir och att leverantörerna lägger sig på samma pris strax under DI eller strax under ett eventuellt tröskelvärde. Volymfaktorn och tillgången blir viktigare än pridfaktorn i den framtida modellen jämfört med idag och en förskjutning i maktförhållandet mellan parterna görs till leverantörens fördel.

I dagens modell förhandlar apotek och leverantör om ett pris och en volym. En leverantör som får försäljning av en stor volym kan då ofta gå med på ett mer förmånligt pris eftersom den ökade volymen kompenserar för det lägre priset. I den föreslagna modellen är det förmånligt för apoteken att ha en garanterad tillgång på läkemedel. Det kan till och med vara så att man är beredd att betala – i form av minskad marginal – för att vara säker på att få leverans så att man kan sälja så stor volym med rabatt som möjligt. En leverantör med stor tillgång till vara har därmed en fördel och kan därför – tvärtemot vad som gäller idag – istället hålla upp priset på sin vara. Så länge man kan garantera bra leveransförmåga är ett högre pris inte så stort problem.

I dagens modell kan apotek och leverantör även ha med hela produktportföljen i förhandlingarna. Genom lägre priser på stora produkter kan en leverantör även erbjuda produkter som inte har så stor volym eller där rabatten annars inte kan vara så stor. Dessa mindre produkter riskerar att försvinna från marknaden och därmed behöver leverantören ta ut ett högre pris på övriga produkter när den totala portföljvolymen minskar.

### Risk för minskat antal PI-leverantörer

PI-leverantörerna köper sin "råvara" på marknader i konkurrens med varandra. Säljarna på dessa marknader vill också sälja så stora volymer som möjligt. Den föreslagna modellen kan därför komma att gynna stora aktörer som på kort sikt kan köpa stora volymer läkemedel. Mindre aktörer kan både få svårt att få tag på större volymer samt behöva betala dyrt för de volymer de kan få tag på. En koncentration av leverantörer till ett fåtal stora är därför sannolik. Dessutom kan man tänka sig att de stora leverantörerna delar upp marknaden mellan sig där den som lyckas köpa störst volymer vinner hela marknaden då de är bäst på att garantera volym. Tröskeln för en ny leverantör att komma in i en utbytesgrupp kan då vara hög vilket gör att leverantören väljer att inte gå in och konkurrera inom den gruppen.

### Apotekens kostnader för utbyte

Apoteken har kostnader för utbyten parallellimport. Dessa kostnader är bland annat kostnader för infasning av ny vara på lager och utfasning av gammal vara, inläsning av nya produkter i lagersystem, fler lagerplatser som behövs för att hantera olika varor parallellt, administrativa system och processer för beställningar av rätt vara samt tid för att hantera restorder och returer m.m.

Apoteken har också kostnader i form av osäkerheter och risker. Exempelvis kapitalrisker (i de fall en inköpt vara prissänks kraftigt kan det nya utförsäljningspriset understiga inköpspriset, prishöjningar kan göra en vara osäljbar), osäkerheter kring leveranser (om man inte kan vara säker på leverans kan fler alternativ behöva beställas) och merarbete för att hantera uteblivna leveranser med nya beställningar och kundkontakter etc. Frekventa byten leder också till större andel inkuranta varor. PI-varor har många gånger sämre hållbarhet på grund av att en del av livscykeln tagits i anspråk vid ompackningen, vilket gör att risken för detta är högre för dessa läkemedel.



## Appendix B – Högkostnadsskyddet och effekter på patienten

Dagens högkostnadsskydd innebär att patienten skyddas mot höga kostnader. Patienten är dock den som köper läkemedel. Skyddet består i att regionen går in och betalar del av eller hela kostnaden åt patienten. Alla förändringar i systemet innebär därför en påverkan på patienten.

### Rabattavtal missgynnar patienten och gynnar regionen

När en patient når taket i högkostnadsskyddet så har den idag betalat 2 300 kr. I normalfallet så har regionen då betalat 3 345 kr och det totala värdet av patientens läkemedel är således 5 645 kr. Om rabatten är 15 % innebär det att den totala rabatten är 847 kr, varav 345 kr baseras på patientens egenavgift och 502 kr avser regionens kostnad. Patienten får dock inte del av rabatten utan allt tillfaller regionen. Regionen får i det fallet alltså en kostnad på 2 498 kr, dvs. en kostnadssänkning med 25 procent. Även om de patienter som under en 12-månadersperiod når taket i högkostnadsskyddet inte drabbas av en direkt högre kostnad så innebär det ändå att besparingen som regionen gör på deras konsumtion att regionens kostnad sjunker mer än den avtalade rabatten.

Hade läkemedlet i exemplet ovan istället varit prissänkt med 15 % så hade patienten fått direkt nytta av prissänkningen och hade för samma summa som motsvarar högkostnadsskyddet kunnat få en större mängd läkemedel.

### Regelverket med schablonrabatt på 15 procent missgynnar patienten och är ologiskt

Ur patientens perspektiv är regelverket med en schablonrabatt svårförståeligt. Patienten får aldrig direkt del av rabatten utan ska betala läkemedlets listpris. Har patienten inte frikort kan det finnas billigare läkemedel enligt listpris men där ett dyrare ändå ska föreslås för patienten. Om ett läkemedel t.ex. kostar 800 kronor i listpris och har ett avtal ska den betraktas ha ett pris på 680 kronor när utbytet beräknas. Även om det finns ett läkemedel som kostar t.ex. 750 kronor så kommer apotekspersonalen föreslå att läkemedlet som kostar 800 kronor ska expedieras. Har en patient inte frikort kommer denne att få betala mer än vad den annars skulle göra.

De kan också uppstå märkliga situationer i de fall patienten har ett recept på läkemedlet som kostar 750 kronor och där kunden vill behålla det läkemedlet och inte byta ut det till någon annan vara. Det har patienten rätt till mot en merkostnad som beräknas på skillnaden mellan den förskrivna vara och den som apoteket ska byta till. Men hur merkostnaden ska beräknas för en vara som kostar mindre än den som apoteken ska byta till har utredningen inte beskrivit.