

EFFEKTEN AF PARALLEL- IMPORTERET MEDICIN

En opgørelse af besparelsen
i Danmark

Foreningen for Parallelimportører af Medicin
2019



Forord

Foreningen for Parallelimportører af Medicin har bedt Copenhagen Economics om at opgøre den besparelse, som parallelimport af medicin har givet anledning til i Danmark i 2018. Dels besparelsen på primærsektormedicin, der udleveres på apotekerne, dels hospitalssektormedicin.

Til at løfte opgaven i primærsektoren har vi gennem Foreningen for Parallelimportører af Medicin fået udleveret data om handlede mængder og priser på primærsektormedicin. Hvad angår besparelsen i hospitalssektoren har vi baseret vores beregninger

på data om handlede mængder og priser fra 2care4, Abacus Medicine og Orifarm.

Derudover har vi gennemført et litteraturstudie, holdt interviews med seks eksperter og forskere inden for sundhedsøkonomi og sparret med offentlige myndigheder på området.

Vi vil gerne sende en tak til Foreningen for Parallelimportører af Medicin, 2care4, Abacus Medicine og Orifarm for at stille data til rådighed, hvilket har muliggjort projektet og beregningerne.

Analysens konklusioner er alene Copenhagen Economics' og kan ikke nødvendigvis tages til udtryk for holdninger blandt interviewpersoner eller samarbejdspartnere i projektet. Copenhagen Economics er ligeledes ansvarlig for beregninger og dataarbejde.

Bidragsgivere til analysen



Analysen er gennemført uafhængigt af Copenhagen Economics.



ABACUS MEDICINE



ORIFARM

Analysen bygger primært på data fra parallelimportørerne 2care4, Abacus Medicine og Orifarm.



Foreningen for Parallelimportører af Medicin

Analysen er sponsoreret af Foreningen for Parallelimportører af Medicin.

Sammenfatning

Parallelimport af medicin har eksisteret i Danmark og i resten af EU siden 1970'erne. I 2018 udgjorde parallelimport 14 pct. af omsætningen på det danske marked for medicin. Parallelimporteret medicin er original medicin, som er importeret fra et andet EU/EØS-land, hvor den er billigere end i Danmark. Der er således tale om samme medicin som originalproducenterne selv sælger i Danmark.

Vi finder, at den samlede besparelse ved parallelimport af medicin i 2018 udgjorde 610 mio. kr., hvilket svarer til 3 pct. af de samlede udgifter til medicin i Danmark.

Analyserne i denne rapport bygger på to datasæt med mængder, priser og udgifter til medicin i Danmark i 2018. Det ene datasæt dækker primærsektormedicin, hvilket vil sige medicin udleveret på apotekerne, og det andet datasæt dækker hospitalssektormedicin.

Parallelimport af medicin medfører besparelser

Vi finder, at den totale besparelse ved parallelimport af medicin i 2018 udgjorde 610 mio. kr. opgjort i apotekernes indkøbspris (AIP). Se figur 1. Det svarer til 3 pct. af de samlede udgifter til medicin i Danmark eller til, at besparelsen på et parallelimporteret produkt i gennemsnit er på 17 pct.

De fleste besparelser opstår i primærsektoren, hvor de beløber sig til 545 mio. kr., og hvor parallelimportørerne har en markedsandel på 26 pct. I hospitalssektoren, hvor parallelimportørernes markedsandel er 7 pct., er de tilsvarende besparelser på 65 mio. kr. Det skyldes blandt andet, at parallelimport af medicin er mere udbredt i primærsektoren end i hospitalssektoren.

Parallelimport af medicin giver anledning til direkte og indirekte besparelser. Den direkte besparelse kan observeres og udgør 234 mio. kr., hvilket er udtryk for prisforskellen mellem de billigste parallelimportører og originalproducenterne. Den indirekte besparelse er beregnet og udgør 376 mio. kr., hvilket er udtryk for forskellen mellem originalproducenternes beregnede monopolpriser og observerede priser ved konkurrence fra parallelimportører. Med andre ord tilskynder selve tilstedeværelsen af parallelimportører til lavere priser blandt originalproducenterne.

Størrelsen af besparelser afhænger af parallelimportens rammer

Den relativt store besparelse i primærsektoren på 545 mio. kr. skyldes især, at reguleringen understøtter parallelimport af medicin i højere grad end i hospitalssektoren.

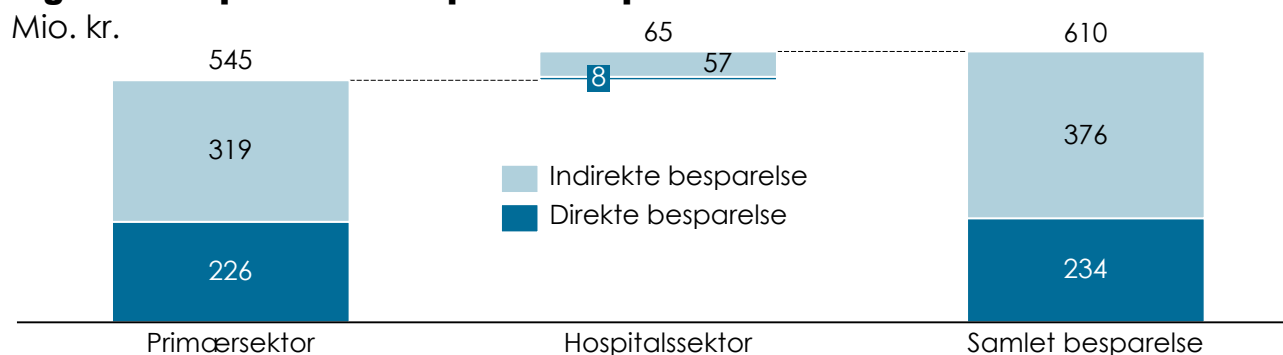
I et scenarie hvor parallelimportørernes

markedsandel i primærsektoren faldt til 7 pct., ligesom i hospitalssektoren, eksempelvis fordi rammerne kom til at ligne dem i hospitalssektoren, ville udgifterne til medicin i Danmark stige med 400 mio. kr., hvilket svarer til knap to tredjedele af den samlede besparelse i 2018.

Omvendt, i et scenarie hvor parallelimportørernes markedsandel steg til 26 pct. i hospitalssektoren, eksempelvis fordi rammerne kom til at ligne dem i primærsektoren, ville udgifterne falde med yderligere 179 mio. kr., så den samlede besparelse ved parallelimport ville nå op på omkring 789 mio. kr.

De to scenarier viser hvordan størrelsen på besparelser afhænger af rammerne for parallelimport. Der er et potentiale for at besparelserne kan blive større end i dag, men samtidig kan de eksisterende besparelser kun realiseres så længe rammerne muliggør og understøtter parallelimport af medicin.

Figur 1. Besparelser ved parallelimport af medicin i 2018



Note: Alle priser og besparelser er opgjort i AIP (Apotekernes Indkøbspris)

Kilder: Copenhagen Economics på baggrund af Dansk Lægemiddel Information, Amgros samt Foreningen for Parallelimportører af Medicin og medlemmer

Indholdsfortegnelse



Parallelimport af medicin i Danmark

1



Besparelser i primærsektoren

2



Besparelser i hospitalssektoren

3



Metode

4

1

PARALLELIMPORT AF MEDICIN I DANMARK



Hvad er parallelimport af medicin?



Parallelimporteret medicin er original medicin, som er importeret fra et andet EU/EØS-land,¹ hvor den er billigere end i Danmark. Der er således tale om samme medicin som den producenten selv sælger i Danmark. Al parallelimporteret medicin kontrolleres af Lægemiddelstyrelsen og sælges udelukkende gennem godkendte medicinalgrossister til apoteker og sygehuse.²

Figur 2 nedenfor viser udgifterne til medicin i primær- og hospitalssektoren i Danmark i 2014 og 2018, samt omfanget af parallelimport. I begge sektorer er udgifterne til originalproduceret såvel som parallelimporteret medicin steget over perioden, om end stigningen i primærsektoren samlet set har været meget begrænset.

Parallelimport af medicin har fundet sted i Danmark

og i resten af EU siden 1970'erne³ og udgør i dag en betydelig andel af markedet for primærsektormedicin i blandt andet Danmark. Af figur 3 fremgår parallelimportørernes markedsandele i en række europæiske lande. Danmark skiller sig ud ved at andelen af parallelimporteret medicin i primærsektoren i 2016 var over fire gange større end gennemsnittet i de andre lande i udsnittet.

Parallelimport er muliggjort af, at priserne på medicin varierer mellem EU/EØS-landene. Variationen skyldes eksempelvis forskellig national regulering og at originalproducenterne sætter deres priser højere i nogle lande end i andre.

Prisforskellene giver parallelimportører mulighed for at købe medicin i et land, hvor prisen er lav for at

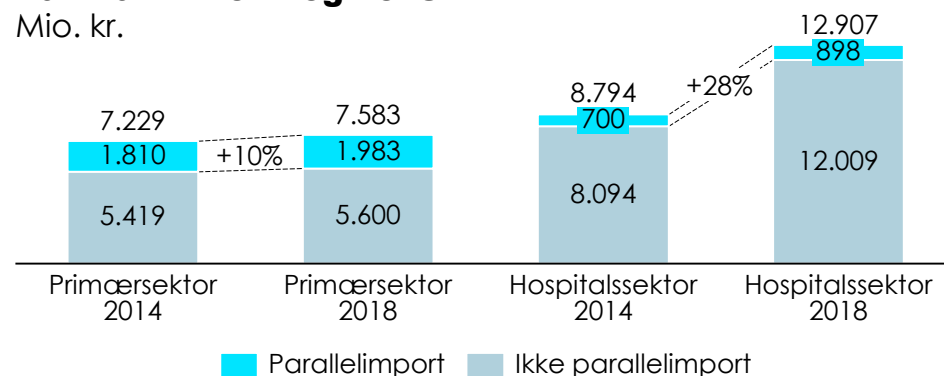
videresælge den med fortjeneste i et andet land, hvor prisen på medicinen er højere. Hvis der i samme land er flere parallelimportører, der sælger det samme medicin, kommer de i konkurrence med hinanden, hvilket bidrager yderligere til at reducere priserne.

Parallelimport foregår oftest i markedet for original medicin og inden patentudløb, hvor der ikke er generisk konkurrence. Parallelimport må ikke forveksles med generika eller biosimilær medicin, der populært sagt er kopier af original medicin, og som ikke nødvendigvis er parallelimporteret.

En udtømmende definition og introduktion til parallelimport af medicin kan findes på retsinformation.dk under Vejledning om parallelimport af lægemidler.⁴

Figur 2. Omsætning i primær- og hospitalssektoren i Danmark i 2014 og 2018

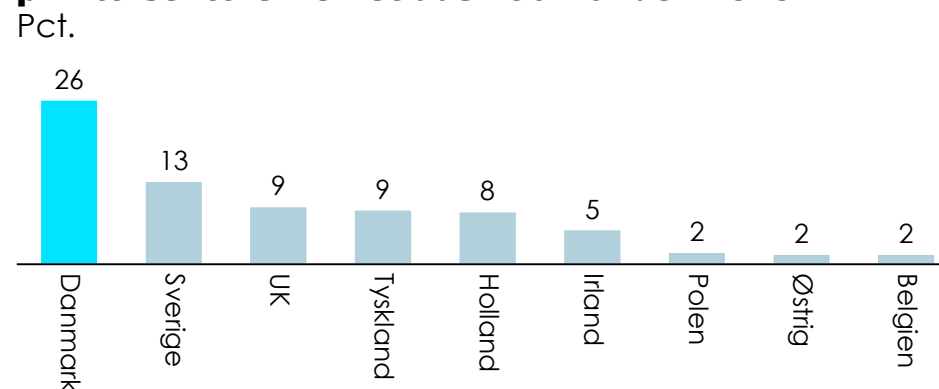
Mio. kr.



Note: Alle priser og besparelser er opgjort i Besparelserne AIP (Apotekernes Indkøbspris)
Kilde: Dansk Lægemiddel Information

Figur 3. Parallelimportørernes markedsandele i primærsektorerne i et udsnit af lande i 2016

Pct.



Kilde: Efpia, se efpia.eu/publications/data-center/the-pharma-industry-in-figures-economy/parallel-imports

Værdikæden for parallelimport af medicin i Danmark



Når patienter i Danmark får udleveret primærsektormedicin på apoteket, kan det blandt andet stamme fra en originalproducent eller en parallelimportør. Parallelimport forekommer når apotekerne i Danmark kan købe et parallelimporteret produkt billigere end det tilsvarende produkt fra originalproducenten.

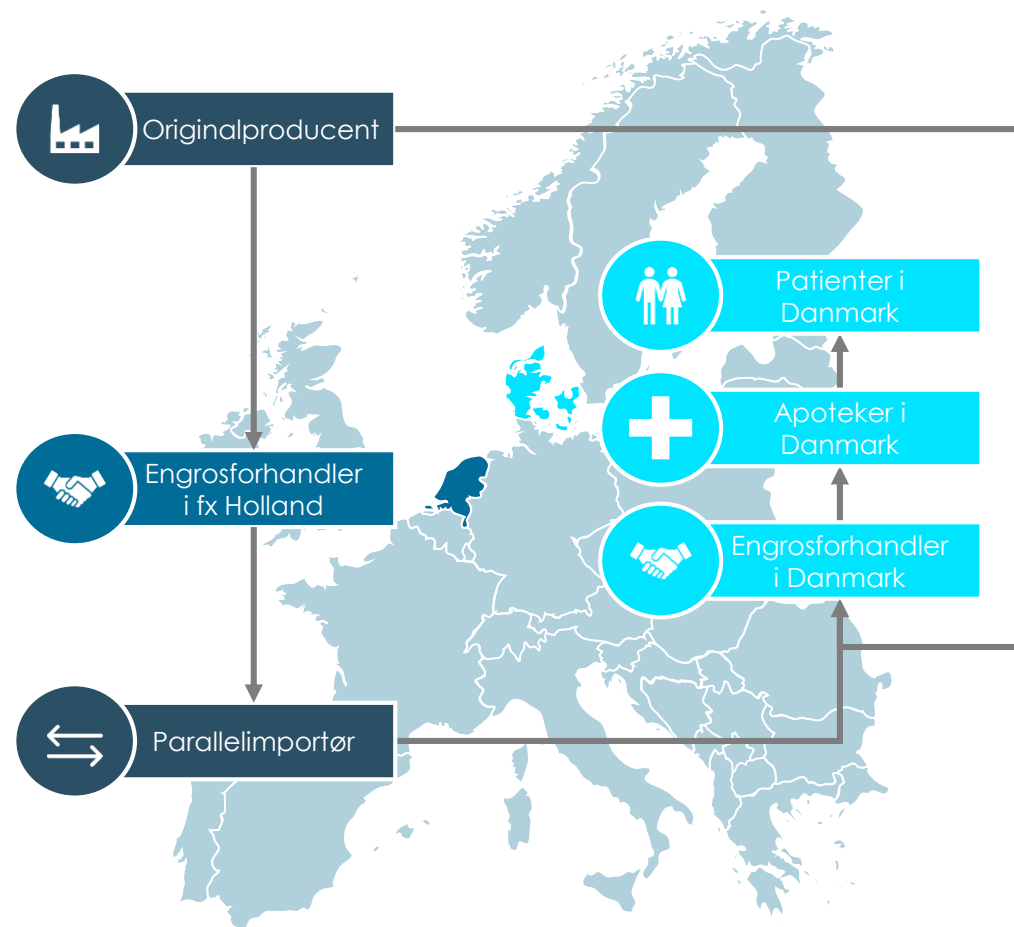
I eksemplet i figur 4 til højre vil det sige, at patienterne vil få udleveret parallelimporteret medicin når:

Originalproducentens pris til en engrosforhandler i Holland,
+ *den hollandske engrosforhandlers fortjeneste,*
+ *parallelimportørens fortjeneste,*
+ *engrosforhandleren i Danmarks fortjeneste,*
er lavere end:
Originalproducentens pris til en engrosforhandler i Danmark,
+ *engrosforhandleren i Danmarks fortjeneste.*

At parallelimportøren i illustrationen køber et produkt af en engrosforhandler i Holland er et eksempel. I praksis indkøber parallelimportører produkter i hele EU/EØS-området, blandt andet afhængigt af hvor priserne er lavest og hvor produkterne er tilgængelige i tilstrækkeligt store mængder.

Værdikæden i hospitalssektoren ligner i princippet primærsektoren, men adskiller sig ved, at der er tale om henholdsvis sygehusapoteker og Amgros i stedet for apoteker og engrosforhandlere i Danmark.¹

Figur 4. Vejen til markedet for originalproduceret og parallelimporteret primærsektormedicin i Danmark



Note: Figuren er illustrativ med Holland som eksempel og viser ikke et konkret produkts værdikæde.
Kilde: Copenhagen Economics på baggrund af Rikke Krause Olsen (2011) Pharmaceutical parallel trade - An empirical study of Danish parallel distributors' competitive behavior

Direkte og indirekte besparelser ved parallelimport af medicin



Ved parallelimport af medicin skelner vi mellem to typer af besparelser, navnlig *direkte besparelser* og *indirekte besparelser*.

Princippet for direkte, indirekte og samlet besparelse ved parallelimport af medicin fremgår af figur 5.

Primærsektoren

I primærsektoren opgør vi den direkte besparelse på et produkt som prisforskellen mellem en parallelimportørs vindende pris, som produktet er blevet handlet til, og den pris som originalproducenten bød ind med i samme udbud, men ikke solgte produktet til. Derefter lægger vi besparelserne sammen for alle de produkter og i de mængder, produkterne blev solgt til af parallelimportører i 2018.

Den indirekte besparelse på et produkt i

primærsektoren er reduktionen i originalproducentens pris som reaktion på konkurrence fra parallelimportører. Til at beregne den indirekte besparelse bruger vi et datasæt med originalproducenternes priser i 131 udbud¹ fra 2014 til 2018 og danner et glidende gennemsnit over etårige perioder eller 27 udbud.² Vi fortolker herefter forskellen mellem den højeste pris i det glidende gennemsnit og de faktiske priser som originalproducenternes reaktion på konkurrencen fra parallelimportører, hvilket er den indirekte besparelse. Den indirekte besparelse er ligeså reel som den direkte, men dens størrelse er behæftet med mere usikkerhed, da priserne ved monopol pr. definition ikke kan observeres, men skal beregnes.

Hospitalssektoren

I hospitalssektoren opgør vi den samlede besparelse ved at sammenholde parallelimportørernes solgte

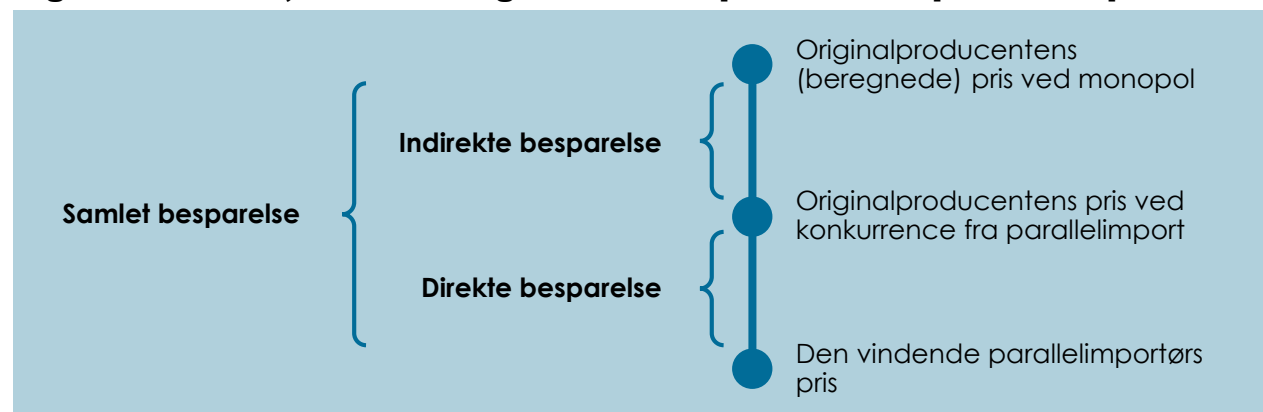
mængder og priser med originalproducenternes listepreiser, fratrullet en rabat på 14,6 pct.³ som Amgros i gennemsnit opnår på sygehusforbeholdte monopolprodukter. Vi beregner originalproducenternes priser, da de er fortrolige, og vi ikke har direkte adgang til dem.

Vi udskiller den direkte besparelse ved at sammenligne besparelsen på parallelimport på 22,6 pct. med originalproducenternes listepreiser med en rabat på 21,6 pct., som Amgros i gennemsnit opnår på sygehusforbeholdte produkter med begrænset konkurrence. Den resterende andel af den samlede besparelse fortolker vi som en indirekte besparelse.

Et illustrativt eksempel på ovenstående er et produkt, der har en listepris på 100 kr. hos originalproducenten. I en situation uden konkurrence vil Amgros i gennemsnit få 14,6 pct. i rabat og betale 85,40 kr. for produktet. Hvis der til gengæld er konkurrence, vil Amgros i gennemsnit få en rabat på 21,6 pct. og betale 78,40 kr. for produktet. Den gennemsnitlige pris for det tilsvarende parallelimporterede produkt er 77,40 kr., hvilket svarer til en besparelse på 22,6 pct. i forhold til originalproducentens listepris. Således er den direkte besparelse på 1 kr., hvilket er forskellen mellem parallelimportørens pris og originalproducentens pris ved konkurrence og den indirekte besparelse på 7 kr. er forskellen mellem originalproducentens pris med og uden konkurrence.

Vi har haft adgang til fire parallelimportørers priser, der tilsammen står for stort set hele omsætningen på markedet for parallelimport af medicin i Danmark.

Figur 5. Direkte, indirekte og samlet besparelse ved parallelimport



Kilde: Copenhagen Economics

Tidligere analysers resultater om besparelser ved parallelimport af medicin i primærsektoren



Der er tidligere blevet gennemført analyser af besparelserne ved parallelimport af medicin i Danmark. De tidligere analyser har udelukkende fokuseret på besparelser i primærsektoren, hvilket stemmer overens med, at det er her vi finder de største besparelser. De tidligere analyser finder besparelser i intervallet 22-396 mio. kr. om året jævnfør figur 6.

Forskellene mellem denne og de tidligere analyser kan især tilskrives forskellige tidspunkter, som analyserne er gennemført på, og variationer i de anvendte fremgangsmåder.

Især skiller P. Kanavos (2004) sig ud ved at bruge en særlig fremgangsmåde, der giver anledning til en

relativt lav besparelse i forhold til de øvrige analyser. Eksempelvis er besparelsen i Danmark baseret på blot 14 produkter, hvor parallelimportørerne for de fleste af produkterne havde markedsandele på mindre end 20 pct. På den måde følger den relativt lille besparelse af fremgangsmåden. Få år efter udgivelsen gennemgår og fravælger U. Enemark (2006) den fremgangsmåde, som P. Kanavos har anvendt, ligesom ingen af de to senere analyser har anvendt P. Kanavos' fremgangsmåde. På grund af ovenstående overvejelser gør vi heller ikke.

Denne analyses fremgangsmåde skiller sig ud fra de tidligere ved ikke at være baseret på en stikprøve, men i udgangspunkt på hele markedet for parallelimport, hvilket øger sikkerheden omkring

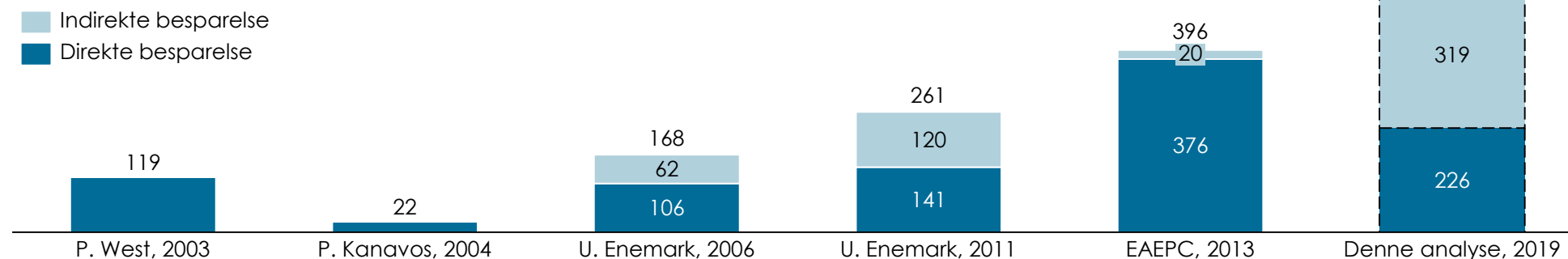
besparelsernes størrelse.

De seneste tre analyser inkluderer både direkte og indirekte besparelser, mens de to første analyser kun inkluderede direkte besparelser.

Givet forskellene i analyserne er det usikkert i hvilken grad resultaterne kan sammenlignes med hinanden og med denne analyses resultater. Hvis vi alligevel foretager en sammenligning, ser der ud til at være en trend på den måde, at besparelsen ved parallelimport i primærsektoren har været stigende over tid. Det er ikke entydigt hvad der driver denne trend, men mulige forklaringer kan omfatte stigende konkurrence blandt parallelimportører og stigende markedsandele for parallelimporteret medicin.

Figur 6. Denne og tidligere analysers tidspunkter og resultater om besparelser ved parallelimport af medicin i primærsektoren

Mio. kr.



Note: Alle priser er angivet som i kilderne og er ikke korrigeret for prisudvikling. Vi har omregnet fra EUR til DKK med valutakursen 7,466.

Kilder: Peter West (2003) Benefits to Payers and Patients from parallel trade; Panos Kanavos (2004) The economic impact of pharmaceutical parallel trade in European Union member states; Ulrika Enemark (2006) The economic impact of parallel import of pharmaceuticals; Ulrika Enemark (2011) Parallel imports of pharmaceuticals in Denmark, Germany, Sweden and the UK 2004-2009; EAEPC (2013) The parallel distribution industry A closer look at savings

Konkurrence blandt parallelimportører bidrager til lavere priser



Parallelimport af medicin i Danmark giver i gennemsnit anledning til besparelser på 17 pct. At besparelserne er i den størrelsesorden kan tilskrives tilstedeværelsen af flere parallelimportører, der konkurrerer prisen ned under originalproducentens pris.

Besparsen ved parallelimport på 17 pct. er udtryk for en gennemsnitlig besparelse i primær- og hospitalssektoren på henholdsvis 22 pct. og 7 pct. i forhold til det originalproducenterne ville have solgt sine produkter til, hvis der ikke var konkurrence fra parallelimportørerne.

Hvis en parallelimportør er alene på et marked med en originalproducent, vil parallelimportøren i princippet have interesse i at sætte sin pris lige under originalproducentens. For kunne gøre det, har parallelimportøren imidlertid brug for præcise og korrekte forventninger om originalproducentens priser forud for udbud. Hvis parallelimportøren formår det, vil parallelimportøren vinde de udbud, der bliver gennemført, og samtidig tjene så mange penge som muligt. I praksis er der dog i primærsektoren et incitament til at sikre en prisforskel på lægemidlerne på mindst 20 kr. for at sikre en høj markedsandel,¹ hvilket giver parallelimportører et incitament til at underbyde originalproducenten med et vis margen.

Tidligere studier har fundet empirisk belæg for, at besparelser ved parallelimport af medicin forudsætter konkurrence blandt parallelimportører.²

I Danmark står fire parallelimportører for omkring

99 pct. af omsætningen på markedet for parallelimporteret medicin.

Tilstedeværelsen af fire store parallelimportører gør, at de i mange udbud er i konkurrence med hinanden. Konkurrencen giver anledning til at de enkelte parallelimportører har incitament til at sætte deres priser marginalt under de andre parallelimportørers for at vinde udbuddene, hvilket kan være betydeligt under originalproducentens pris.

Samlet besparelse ved parallelimport af medicin på 610 mio. kr. i 2018



Vi finder, at den totale besparelse som følge af parallelimport af medicin i 2018 udgjorde 610 mio. kr. jævnfør tabel 1. Den største del af besparelsen på 545 mio. kr. opstår på primærsektoren, hvor der er tale om medicin, som udleveres gennem apotekerne. De resterende besparelser på 65 mio. kr. opstår i indkøbet af medicin til hospitalssektoren.

De samlede besparelser på 610 mio. kr. svarer til 3 pct. af de samlede udgifter til medicin i Danmark på 20,5 mia. kr. Besparelserne opstår fordi

parallelimporteret medicin i gennemsnit er 17 pct. billigere end samme medicin ville være blevet solgt til af originalproducenter, hvis der ikke havde været konkurrence fra parallelimportører.

Parallelimportørernes markedsandel på medicin i Danmark er på 14 pct., hvilket afspejler en forholdsvis høj markedsandel i primærsektoren på 26 pct. og en tilsvarende lav markedsandel i hospitalssektoren på 7 pct.

Besparelserne ved parallelimport af medicin i hospitalssektoren tilfalder sundhedsvæsenet, mens besparelserne i primærsektoren tilfalder både sundhedsvæsenet og de danske patienter, på grund af en egenbetaling på omkring 30 pct. af udgifterne¹.

Det betyder, at alle danske skattebetalere i princippet drager gavn af besparelserne ved parallelimport, og at patienter i primærsektoren også drager direkte gavn af besparelserne i kraft af den delvise egenbetaling.

Tabel 1. Besparelser ved parallelimport af medicin i Danmark i 2018

		Primærsektormedicin	Hospitalssektormedicin	Samlet
Samlede udgifter til medicin (mio. kr.)	A	7.583	12.907	20.490
- Heraf udgifter til parallelimporteret medicin (mio. kr.)	B	1.983	898	2.882
Parallelimportørernes markedsandel (%)	C = B/A	26%	7%	14%
Direkte besparelse ved parallelimport (mio. kr.)	D	226	8	234
Indirekte besparelse ved parallelimport (mio. kr.)	E	319	57	376
Samlet besparelse ved parallelimport (mio. kr.)	F = D+E	545	65	610
Gennemsnitlig besparelse på et parallelimporteret medicinalprodukt (%)	G = F/(B+F)	22%	7%	17%
Samlet besparelse ved parallelimport i pct. af de samlede faktiske udgifter til medicin (%)	H = F/A	7%	1%	3%

Note: Alle priser og besparelser er opgjort i Besparelserne AIP (Apotekernes Indkøbspris)
Kilder: Copenhagen Economics på baggrund af Dansk Lægemiddel Information samt Foreningen for Parallelimportører af Medicin og medlemmer

To scenarier for besparelser ved højere og lavere markedsandele blandt parallelimportører



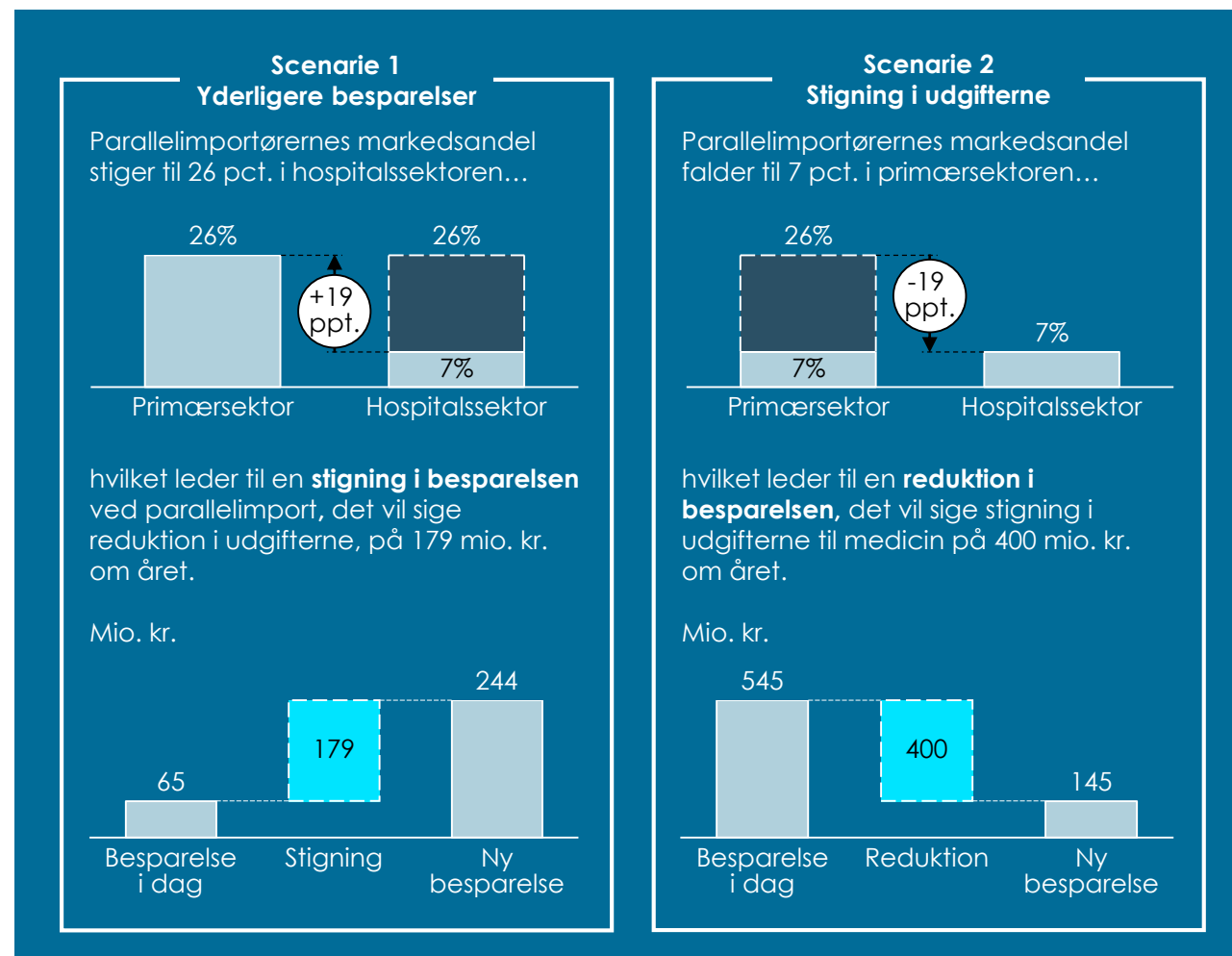
Hvis parallelimportørernes markedsandel i hospitalssektoren på 7 pct. steg til samme niveau som i primærsektoren på 26 pct., ville de offentlige udgifter til medicin falde med 179 mio. kr. om året. Hvis det omvendte skete, ville udgifterne stige med 400 mio. kr. om året.¹ Det svarer til mere end den besparelse, som Amgros høster ved at verdens mest solgte lægemiddel, Humira, gik af patent i 2018.²

Forskelle mellem parallelimportørernes markedsandele i primær- og hospitalssektoren afspejler blandt andet forskelle i regulering mellem sektorerne og størrelsen på adgangsbarrierer for parallelimportører. Derfor har reguleringen en betydning for hvor store besparelser, der bliver realiseret.

I figur 7 til højre har vi beregnet hvad det ville betyde for udgifterne til medicin, hvis parallelimportørernes markedsandele faldt eller steg til det aktuelle niveau i hver af de to sektorer. I scenarie 1 ville hele den yderligere besparelse gå til at forbedre de offentlige budgetter. I scenarie 2 ville de øgede udgifter skulle bæres af både borgerne og det offentlige på grund af den delvise egenbetaling på apotekerne.

Beregningen af scenarierne forudsætter, at parallelimportørernes og originalproducenternes priser forbliver uændrede på trods af ændringerne i markedsandele, ligesom vi antager at den samlede handlede mængde i begge sektorer forbliver uændret. I den udstrækning at parallelimportørerne oplever begrænsninger på mængderne af medicin, de kan købe til lavere priser end i Danmark, kan det vise sig svært at realisere den fulde potentielle besparelse.

Figur 7. Effekten på udgifter til medicin i scenarier med højere og lavere markedsandele for parallelimportører



Note: Alle priser og besparelser er opgjort i Besparelserne AIP (Apotekernes Indkøbspris).
Kilde: Copenhagen Economics

¹ Resultatet for ændringer i parallelimportørernes markedsandele i de to scenarier omfatter både direkte og indirekte besparelser. Det betyder, at vi går ud fra, at parallelimportørerne ved en ændring i markedsandel går ind i (eller ud af) nye markeder hvor de ikke har været (har været) aktive før; dermed skabes der (er der ikke længere) konkurrence i disse markeder, som medfører indirekte effekter.

² Amgros (2018) Nu kan dyr medicin erstattes: Regioner kan spare flere hundrede mio. kr. årligt

2

BESPARELSER I PRIMÆRSEKTOREN



Besparelser ved parallelimport af medicin i primærsektoren



Samlet besparelse på 545 mio. kr. i primærsektoren

Vi finder, at besparelsen ved parallelimport af medicin i primærsektoren var på 545 mio. kr. i 2018. Den største del af besparelserne er indirekte jævnfør figur 8.

Direkte besparelse på 226 mio. kr.

Den direkte besparelse ved parallelimport af medicin i den danske primærsektor i 2018 var 226 mio. kr. Denne besparelse afspejler hvor meget mere apotekerne ville have betalt for den medicin de udleverede i 2018, hvis de havde købt den til de priser, originalproducenterne bød ind med i de

gennemførte udbud. Se figur 9.

Indirekte besparelse på 319 mio. kr.

Udover direkte besparelser giver parallelimport også anledning til indirekte besparelser. Disse opstår, fordi originalproducenterne ville have tilskyndelse til at sætte deres priser højere, hvis der ikke var konkurrence fra parallelimportører. Vi finder, at den indirekte besparelse i primærsektoren var 319 mio. kr. i 2018.

Vi har ikke beregnet en eventuelt yderligere indirekte besparelse på produkter, hvor der ikke er

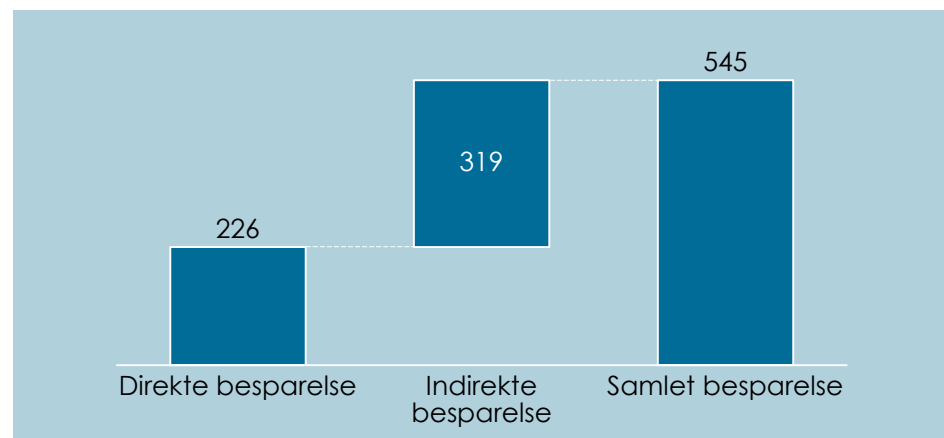
konkurrence fra parallelimportører, men hvor muligheden i sig selv leder til lavere priser blandt originalproducenterne.

Samlet besparelse på 737 mio. kr. opgjort i udsalgspriser

Alle ovenstående priser er angivet i apotekernes indkøbspris (AIP). Hvis vi omregner den samlede besparelse i primærsektoren til 'ekspeditionens samlede pris' (ESP)¹ eller apotekets udsalgspris, som forbrugerne faktisk betaler på apoteket før tilskud, så er besparelsen på 737 mio. kr. inkl. moms., hvoraf den direkte besparelse udgør 306 mio. kr. og den indirekte besparelse udgør 431 mio. kr.

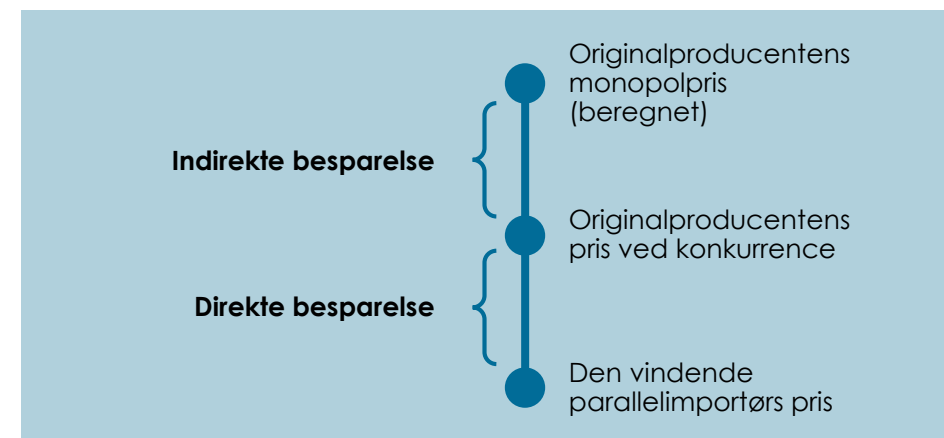
Figur 8. Besparelsen ved parallelimport af medicin i primærsektoren i 2018

Mio. kr.



Note: Alle priser og besparelser er opgjort i Besparelserne AIP (Apotekernes Indkøbspris.)
Kilder: Copenhagen Economics på baggrund af Dansk Lægemiddel Information

Figur 9. Priser i spil ved parallelimport i primærsektoren



Kilde: Copenhagen Economics

Reguleringen i primærsektoren giver gode muligheder for parallelimport



Reguleringen i primærsektoren giver parallelimportører god adgang til markedet og mulighed for at deltage i udbud. I modsætning til i hospitalssektoren varer leveringsforpligtelsen i primærsektoren blot i syv dage, ligesom der ikke er risiko for bøder i tilfælde af leveringssvigt. Det bidrager til, at parallelimportørerne har en markedsandel på 26 pct., hvilket svarede til knap 2 mia. kr. i 2018.

Prissætning af primærsektormedicin sker i 14-dages auktioner

Priserne på receptpligtig medicin i primærsektoren, som udleveres på de danske apoteker, fastlægges på auktioner hver anden mandag. Det betyder, at der er priskonkurrence i primærsektoren.

Leverandørerne anmelder listepriser hver 14. dag og holder dem uændrede de næste 14 dage. Det er den listepris eller AIP (Apotekernes indkøbspris), som apotekerne køber medicinen til. Her har parallelimportørerne mulighed for at byde på linje med originalproducenter.

Leverandørerne har en kort leveringsforpligtelse

En vindende leverandør i primærsektoren skal som udgangspunkt forsyne markedet i 14 dage efter et udbud. Den korte leveringsforpligtelse giver

parallelimportører gode muligheder for at deltage i udbuddene.

Hvis en leverandør går i forsyningssvigt i løbet af den første uge, så har det den konsekvens, at den pågældende leverandør bliver udelukket fra den kommende 14-dages salgsperiode. I tilfælde af, at den vindende leverandør går i leveringssvigt i salgsperiodens anden uge og dermed ikke kan dække efterspørgslen i alle 14 dage, begynder apotekerne i udgangspunktet at udlevere det næstbilligste produkt fra en anden leverandør.

Det er i praksis apotekerne, der gennem deres substitutionsforpligtelse løfter opgaven med at sikre, at det billigste alternativ bliver udleveret til borgerne.

Originalproducenternes priser bidrager ikke til at overvurdere de direkte besparelser

Man kunne forestille sig, at en originalproducent, der altid taber udbud til en parallelimportør vælger at hæve sin pris i Danmark for at stå bedre i andre lande, hvor originalproducentens pris afhænger af den pris, originalproducenten sætter i Danmark. Eksempelvis gennem et eksternt referenceprissystem.

Dette forhindres dog af, at prisdannelsen i

primærsektoren reguleres i frivillige aftaler mellem Sundheds- og Ældreministeriet og Lægemiddelindustriforeningen. Den aktuelle prisaftale foreskriver blandt andet, at originalproducenter ikke må sætte deres priser arbitrært højt.

Det betyder, at originalproducenternes priser er de reelle alternativer ved konkurrence fra parallelimport og understøtter, at prisforskellene mellem originalproducenter og parallelimportører kan tolkes som den direkte besparelse ved parallelimport i primærsektoren.

3

BESPARELSER I HOSPITALSSEKTOREN



Besparelser ved parallelimport af medicin i hospitalssektoren



Samlet besparelse på 65 mio. kr. i hospitalssektoren

Vi finder, at besparelsen ved parallelimport af medicin i hospitalssektoren var på 65 mio. kr. i 2018. Den største del af besparelserne er indirekte jævnfør figur 10.

Vi har beregnet originalproducenternes priser, da de er fortrolige. Vi arbejder med fire forskellige priser, der fremgår af figur 11. Vi kender originalproducenternes listepreiser, som vi tager udgangspunkt i og korrigerer nedad på baggrund af Amgros' gennemsnitlige rabatter på medicin i

forskellige konkurrencesituationer.

Amgros opgør en gennemsnitlig rabat på sygehusforbeholdt medicin ved monopol til 14,6 pct.¹ som vi trækker fra listepreiserne for at finde originalproducenternes monopolpriser.

Indirekte besparelse på 57 mio. kr.

Den indirekte besparelse er opgjort ved forskellen mellem originalproducenternes priser ved monopol og ved begrænset konkurrence, hvor priserne i gennemsnit er 21,6 pct. under listepreisen ifølge Amgros¹. Vi har ikke beregnet en eventuelt yderligere indirekte besparelse på produkter, hvor der ikke er

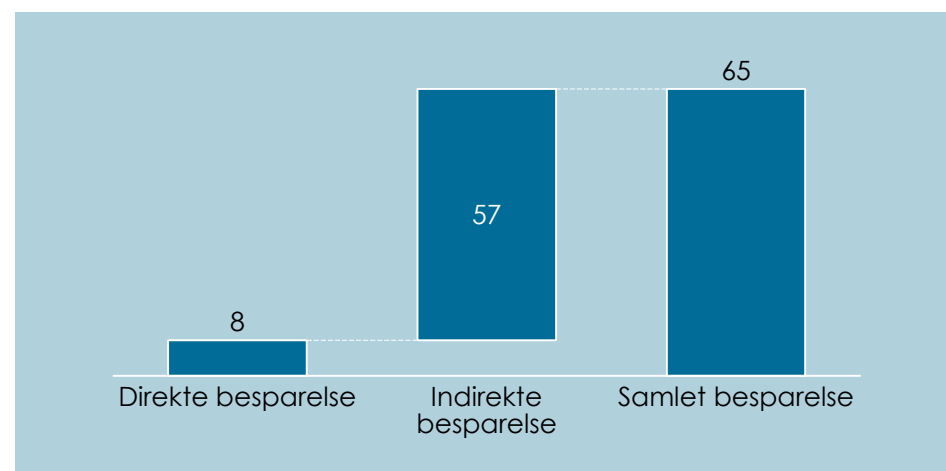
konkurrence fra parallelimportører, men hvor muligheden i sig selv leder til lavere priser blandt originalproducenterne.

Direkte besparelse på 8 mio. kr.

Den direkte besparelse er opgjort som forskellen mellem Amgros' gennemsnitlige rabat på sygehusforbeholdt medicin ved begrænset konkurrence på 21,6 pct. og den vindende parallelimportørs pris, der i gennemsnit ligger 22,6 pct. under originalproducenternes listepreiser.

Figur 10. Besparelsen ved parallelimport af medicin i hospitalssektoren i 2018

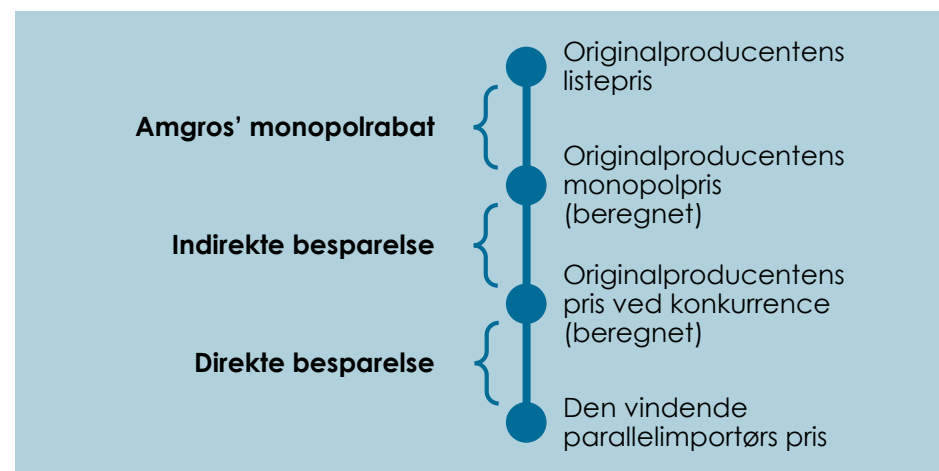
Mio. kr.



Note: Alle priser og besparelser er opgjort i AIP (Apotekernes Indkøbspris)

Kilder: Copenhagen Economics på baggrund af Amgros, Foreningen for Parallelimportører af Medicin og medlemmer

Figur 11. Priser i spil ved parallelimport i hospitalssektoren



Kilde: Copenhagen Economics

Reguleringen i hospitalssektoren begrænser omfanget af parallelimport



Reguleringen i hospitalssektoren er med til at begrænse omfanget af og konkurrencepresset fra parallelimport på originalproducenterne. Udbuddene i hospitalssektoren er typisk af ét års varighed, og der er for leverandørerne økonomiske konsekvenser forbundet med at gå i leveringssvigt. Blandt andet af den årsag er parallelimportørernes markedsandel blot på 7 pct. i hospitalssektoren, hvilket svarede til 0,9 mia. kr. i 2018.

Prissætning sker i etårige udbud

Amgros er en indkøbsorganisation under regionerne, som blandt andet indkøber cirka 99 pct. af den medicin, der anvendes på de offentlige hospitaler.

Typisk vil Amgros' rammekontrakter være gældende for ét år, men med mulighed for forlængelse af aftalerne for yderligere ét år uden nyt udbud.

Amgros afholder udbud og indgår kontrakter for en lang række produkter. Kriteriet for at vinde kan enten baseres på laveste pris eller på det økonomisk mest fordelagtige bud. Yderligere er udbuddet specificeret ved, om der indgås rammekontrakt med enten én leverandør eller flere leverandører. Parallele rammeaftaler indgås med op til fem leverandører, som rangeres, så det er nr. 1, der har leveringspligt.

Leverandører påtager sig risiko i form af en leveringspligt

Leverandører af medicin til Amgros påtager sig en leveringspligt, som udløser en økonomisk omkostning i tilfælde af brud. Det kan være svært for

parallelimportører på forhånd at sikre leverancer af medicin over et helt år til en bestemt pris. De etårige perioder med leveringspligt gør hospitalssektoren mindre attraktiv for parallelimportører sammenlignet med primærsektoren. Det kan igen betyde, at nogle parallelimportører undlader at deltage i udbud hos Amgros, hvilket bidrager til en mindre skarp konkurrence i udbuddene, med fare for højere priser til følge.

Hvis en leverandør kommer i restordre eller af anden grund ikke er leveringsdygtig, er leverandøren forpligtiget til at erstatte Amgros' merudgift ved køb af billigst mulig erstatningskøb.

Forpligtelsen om at erstatte merudgifter betyder, at der for potentielle leverandører er større risici ved at deltage i udbuddene end i primærsektoren. Disse risici kan være særligt store for parallelimportører.

Parallelimportører kan ikke altid forudsige hvor store mængder medicin de kan købe i resten af EU/EØS, ligesom de heller ikke nødvendigvis ved hvilke priser, som medicinen kan købes for de kommende 12 måneder. Ved Amgros-udbud er begge dele til parallelimportørernes ulempe i forhold til originalproducenterne, der har kontrol over deres produktion, og sandsynligvis også mere stabile omkostninger.

Lange udbudsperioder har blandede effekter på konkurrencen

De væsentligt længere udbudsperioder i hospitalssektoren end i primærsektoren betyder, at

udbudsvinderen er sikret markedet i længere tid. Det kan give større incitament til at sætte en lav pris. Længere udbudsperioder og skrappe leveringsforpligtelser betyder dog også, at færre leverandører byder ind. Hvis taberen af et udbud helt trækker sig fra markedet, kan det hæmme konkurrencen mellem udbuddene.

Listepriserne i hospitalssektoren reguleres i frivillige aftaler mellem Sundheds- og Ældreministeriet, Lægemiddelindustriforeningen og Danske Regioner.

Stigende medicinudgifter i hospitalssektoren

Udgifter til hospitalsmedicin steg med næsten 50 pct. over perioden 2014-2018 til 12 mia. kr. jævnfør figur 2. I samme periode var væksten i udgifterne til primærsektormedicin på under 5 pct. Det er således hospitalssektoren, der driver de aktuelle stigninger i medicinudgifterne. Det er samtidig i hospitalssektoren at parallelimport af medicin har en relativt lille markedsandel.

4 MÉTHODE



Metode for analysen



Som grundlag for denne analyse har vi gennemført et litteraturstudie og baggrundinterviews med seks eksperter og forskere inden for sundhedsøkonomi, der fremgår af tabel 2. Foruden de seks interviewpersoner, der fremgår af tabellen, har vi også inviteret Professor P. Kanavos (se slide 9) ved London School of Economics til at stille op til interview, men han er ikke vendt tilbage på vores henvendelser. Derudover har vi sparret med offentlige myndigheder om konkrete fortolkninger og regler samt den gældende regulering.

Herefter har vi gennemført et dataarbejde med henblik på at beregne direkte og indirekte besparelser ved parallelimport af medicin i primær- og hospitalssektoren.

Sammenligning mellem faktiske og kontrafaktiske udgifter til medicin

I analysen beregner vi besparelserne ved parallelimport i Danmark i 2018.

Det gør vi ved at sammenligne de faktiske udgifter med en kontrafaktisk udgift, der ville have været i en situation uden parallelimport. Der er dels tale om en direkte og dels tale om en indirekte besparelse.

Den direkte besparelse opgør vi ved at sammenligne de faktiske udgifter med parallelimportørernes solgte mængder og de priser, som originalproducenterne bød ind med.

Den indirekte besparelse opgør vi ved at sammenligne de priser, som originalproducenterne bød ind med, med de beregnede priser, som originalproducenterne ville have budt ind med, hvis der ikke havde været konkurrence fra parallelimportører.

Prisenheder

Alle priser er i analysen er angivet i apotekernes indkøbspris (AIP). Det vil sige, at den umiddelbare besparelse for forbrugerne er større end angivet i

analysens beregninger. På apoteket bliver medicin udleveret til ekspeditionens samlede pris (ESP), som forbrugerne faktisk betaler, og blandt andet inkluderer moms.¹

På de næste tre slides går vi i dybden med de anvendte metoder i henholdsvis primær- og hospitalssektoren.

Tabel 2. Interviewpersoner

Navn	Titel	Organisation
Anders Munk-Nielsen	Tenure track adjunkt	Københavns Universitet
Frederik Plum Hauschultz	Ph.d.-studerende	Københavns Universitet
Jakob Kjellberg	Professor	Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd
Jes Søgaard	Professor	Syddansk Universitet
Kjeld Møller Pedersen	Professor	Syddansk Universitet
Ulrika Enemark	Lektor	Aarhus Universitet

Kilde: Copenhagen Economics

Metode for beregning i primærsektoren



Primærsektorlægemidler er organiseret i substitutionsgrupper

De danske apoteker køber primærsektorlægemidler fra originalproducenter eller parallelimportører gennem engrosforhandlere ved udbud hver 14. dag. Apotekerne udleverer så som udgangspunkt de næste 14 dage det billigste produkt inden for hver substitutionsgruppe. En substitutionsgruppe indeholder den medicin der er ens i virkning, altså eksempelvis originalproducentens og parallelimportørers tilsvarende produkt.

Organisering i substitutionsgrupper muliggør, at vi kan matche originalproducenterne og parallelimportørerne, som er afgørende for vores beregning. I vores datasæt har hvert produkt et varenummer og et substitutionsgruppenummer.

Datasættets indhold

Det datasæt vi tager udgangspunkt i for vores beregninger har vi modtaget fra Foreningen for Parallelimportører af Medicin. Datasættet indeholder data om omsætning, mængder og priser for hver af de 27 udbud i 2018, dels opgjort pr. substitutionsgruppe, dels pr. varenummer.

Rensning af data

Vores resultater er baseret på data fra 618 substitutionsgrupper. Vi gik igennem følgende datarensningsskridt for at finde frem til dette datasæt:

- Vi starter med et datasæt med 1,768 observationer (dvs. substitutionsgrupper).
- Vi sletter observationer hvor der er mangler en parallelimportør eller originalproducent
- Vi sletter enkelte observationer med fejlagtigt data, fx hvor parallelimport eller generika står som

originalproducent

- Vi sletter substitutionsgrupper med flere end én originalproducent, eller hvor antallet af originalproducenter er ukendt (N/A)
- Vi sletter observationer med manglende prisdata, mængder eller varenummer

Frasorteringen af substitutionsgrupper med mere end én originalproducent, eksempelvis i tilfælde af generisk konkurrence, betyder, at vi kun medtager besparelser hvis de alene kan tilskrives parallelimport, hvilket bidrager til at analysens resultater er konservative.

Direkte og indirekte besparelse

For at beregne den besparelse som parallelimport af medicin gav anledning til i primærsektoren i 2018, sammenligner vi den samlede udgift til parallelimporteret primærsektormedicin i Danmark i 2018 med den udgift, der ville have været afholdt i en situation uden parallelimportører. Med andre ord går vi ud fra, at de samme mængder ville have været solgt til originalproducenternes priser.

$$\text{besparelsen} = \text{udgift}_{\text{kontrafaktisk}} - \text{udgift}_{\text{faktisk}} = (m_{DI} + m_{PI}) * p_{DI} - (p_{PI} * m_{PI} + p_{DI} * m_{DI})$$

med u = udgift, m = mængde solgt, p = pris pr. enhed, PI = parallelimport og DI = originalproducent.

For at beregne den *direkte besparelse* sammenligner vi de faktiske udgifter med de udgifter der ville have afholdt hvis den samme mængde medicin var blevet solgt til originalproducenternes faktiske priser, dvs. de priser, originalproducenten har budt ind med i de 27 udbud i 2018 mens der har været konkurrence fra parallelimportørerne.

$$\text{direkte besparelse} = (m_{DI} + m_{PI}) *$$

$$p_{DI, \text{med konkurrence}} - (p_{PI} * m_{PI} + p_{DI} * m_{DI})$$

For yderligere inkludere den *indirekte besparelse* sammenligner vi de faktiske udgifter med de udgifter der ville have været afholdt hvis den samme mængde medicin var blevet solgt til originalproducenternes monopolpriser. Monopolpriserne kender vi ikke, og skal derfor estimeres, se næste slide.

$$\text{samlet besparelse} = (m_{DI} + m_{PI}) * p_{DI, \text{monopol}} - (p_{PI} * m_{PI} + p_{DI} * m_{DI})$$

Håndtering af enkelte udbud hvor originalproducenten ikke bød ind

Der kan være enkelte udbud for enkelte produkter hvor originalproducenten ikke bød ind med en pris, fx pga. leveringsproblemer. Disse udbud – dog kun udbuddene, ikke hele produkter – tager vi ud af beregningen af både de faktiske og kontrafaktiske udgifter. Grunden til dette er at vi ellers ville undervurdere besparelsen. Et manglende bud står i data med $p_{DI} = 0$, som betyder, at den kontrafaktiske udgift $(m_{DI} + m_{PI}) * p_{DI}$ også er nul. Hvis der er en positiv faktisk udgift i disse udbudsperioder, det vil sige hvis der blev solgt parallelimporteret medicin, så fremgår besparelsen som negativ. Denne situation svarer dog ikke til et samfundsøkonomisk tab, og vi har derfor sat besparelsen til nul i stedet for en negativ værdi i disse udbud.

Udbud, hvor der mangler et bud fra parallelimportøren fjerner vi ikke, da de ikke medfører en bias i besparelsen. I disse tilfælde, hvor kun originalproducentens medicin bliver solgt svarer den faktiske udgift til den kontrafaktiske, og besparelsen er nul.

Metode for beregning i primærsektoren



Beregnete monopolpriser

For at beregne den indirekte besparelse skal vi bruge originalproducenternes monopolpriser, dvs. de priser originalproducenterne ville have sat, hvis der ikke var konkurrence. Disse priser er ukendte, hvilket betyder, at vi skal beregne dem.

Vi har valgt at bruge den højeste gennemsnitspris som originalproducenten budt ind med over en periode af et helt år fra 2014 til 2018 som monopolprisen. Se figur 12. Det betyder, at vi tager et glidende gennemsnit over 27 udbud og vælger den højeste af disse gennemsnitspriser. Det er et konservativt estimat for monopolprisen – man kan

også argumentere for, at der skal anvendes en kortere periode, dvs. færre udbud. Bruger vi fx et glidende gennemsnit over 13, 7 eller 3 udbud i stedet for 27 udbud, så ville den indirekte besparelse være højere, nemlig henholdsvis 352, 370 og 382 mio. kroner i stedet for 319 mio. kr.

Ved at bruge det højeste gennemsnit over en periode af et helt år sikrer vi, at mulige outliers i data ikke definerer monopolprisen, og at vi ikke overvurderer den indirekte besparelse. Vores estimat er med andre ord baseret på en konservativ tilgang.

Det er værd at bemærke, at priserne for

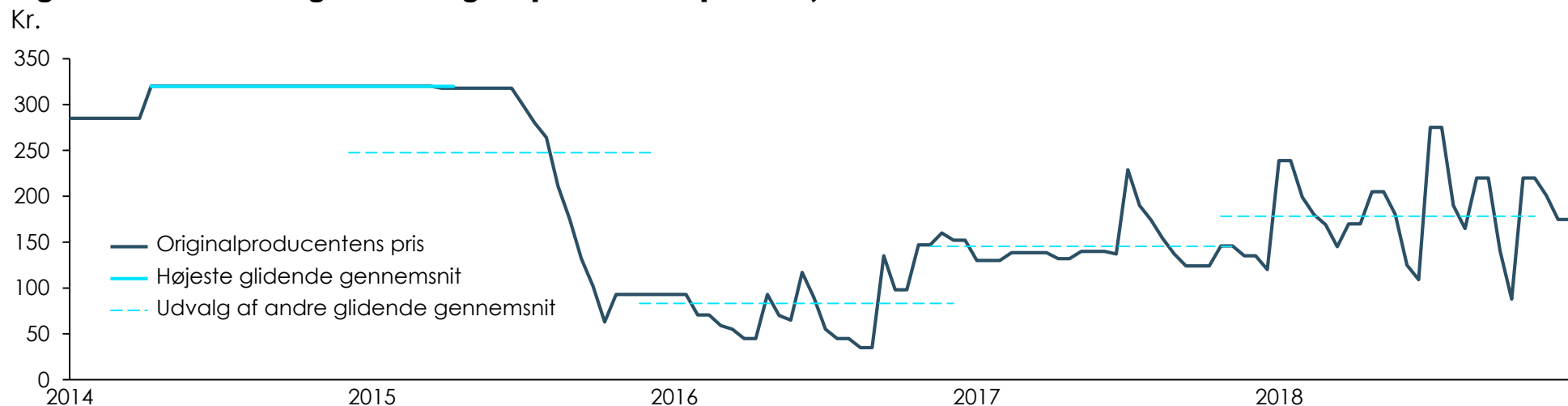
primærsektormedicin samlet set ikke viser en nedadgående trend over perioden 2014-2018.

Antagelser

Vores beregning bygger på følgende antagelser:

- Inelastisk efterspørgsel efter medicin. Vi antager, at de samme mængder ville have været solgt til originalproducentens priser.
- Vi antager en gennemsnitspris for parallelimporterede produkter i de udbud som vi fjerner, da originalproducenten ikke byder ind med en pris.

Figur 12. Prisudvikling for en originalproducents produkt, 2014-2018



Kilde: Copenhagen Economics på baggrund af Dansk Lægemiddel Information

Metode for beregning i hospitalssektoren



Besparelsen

For at beregne den besparelse som parallelimport af medicin gav anledning til i hospitalssektoren i 2018, sammenligner vi den samlede udgift til parallelimporteret hospitalssektormedicin i Danmark i 2018 med den udgift, der ville have været afholdt hvis den samme mængde medicin var blevet solgt til originalproducenternes priser. Med andre ord sammenligner vi de faktiske udgifter med en kontrafaktisk udgift, hvor mængderne er uændrede, men priserne er ændret til originalproducenternes priser for alle solgte produkter.

$$\text{besparelsen} = \text{udgift}_{\text{kontrafaktisk}} - \text{udgift}_{\text{faktisk}} \\ = (m_{DI} + m_{PI}) * p_{DI} - (p_{PI} * m_{PI} + p_{DI} * m_{DI})$$

med u = udgift, m = mængde solgt, p = pris pr. enhed, PI = parallelimportør og DI = originalproducent.

Hospitalssektorlægemidler er organiseret i substitutionsgrupper

Stort set alt den medicin, der bliver udleveret på de offentlige hospitaler, bliver indkøbt gennem Amgros. Amgros gennemfører typisk etårige udbud, og de fleste kontrakter i vores datasæt løber i perioden 1. april 2018 til 31. marts 2019.

På grund af de frivillige prisaftaler mellem Sundheds- og Ældreministeriet, Lægemiddelindustriforeningen og Danske Regioner, er der sket systematiske prisnedsættelser fra en række originalproducenters side, især i februar 2019, hvilket vi har taget højde for i vores beregninger.

Datasættets indhold

Vi har modtaget datasæt om fire parallelimportører, herunder 2care4, Abacus Medicine og Orifarm. Datasættene indeholder parallelimportørernes priser og solgte mængder, samt originalproducenternes listepreiser. Vores resultater er beregnet på baggrund af data om over 100 forskellige varenumre.

Beregning af de kontrafaktiske udgifter

Ved at gange de solgte mængder med både parallelimportørernes og originalproducenternes priser, finder vi de faktiske og kontrafaktiske – altså at originalproducenterne havde solgt hele mængden til deres egne priser i en situation uden konkurrence – udgifter til medicin. Når vi fratrækker de gennemsnitlige rabatter, som Amgros opnår hos originalproducenterne i forskellige konkurrencesituationer, udgør den resterende forskel besparelsen ved parallelimport.

Amgros' rabatter

I forhold til originalproducenternes listepreiser opnår Amgros følgende rabatter på sygehusforbeholdt medicin¹:

- Monopol: 14,6 pct.
- Begrænset konkurrence: 21,6 pct.

Antagelser

Vores beregning bygger på følgende antagelser:

- Da vi for en række produkter mangler data for marts 2019, har vi antaget og anvendt de gennemsnitlige priser og mængder i de forudgående 11 måneder, navnlig perioden 1. april 2018 – 28. februar 2019 til at estimere priser og

mængder i marts 2019.

- Vi har kun medtaget besparelser, hvis originalproducenten har været aktiv på markedet. Med andre ord beregner vi besparelser for produkter, hvor parallelimportøren er alene på markedet, til nul kr. Hvis indkøberen skulle have købt de pågældende produkter i udlandet, kunne prisen have været højere end monopolprisen eller ligefrem originalproducentens listepriis, hvorfor denne antagelse bidrager til at undervurdere besparelsen ved parallelimport.
- Amgros' gennemsnitlige rabatter er opgjort på tværs af al sygehusforbeholdt medicin, hvilket vi antager også gælder specifikt for de produkter, hvor der er konkurrence fra parallelimportører. Hvor rabatten i tilfælde af monopol er styrende for størrelsen på den samlede besparelse ved parallelimport, så er rabatten ved begrænset konkurrence styrende for fordelingen mellem de direkte og indirekte besparelser.

Dynamiske effekter påvirker højest resultaterne om besparelser marginalt



I denne analyse beregner vi besparelsen ved parallelimport af medicin i Danmark i 2018. Til det formål har vi antaget en inelastisk efterspørgsel efter medicin og at parallelimportens effekt på originalproducenternes strategiske adfærd er marginal.

Vi sætter ord på vores overvejelser om de dynamiske effekter herunder.

Vi antager inelastisk efterspørgsel

I vores beregninger af besparelser i primær- og hospitalssektoren sammenligner vi den faktiske omsætning hos parallelimportører med et kontrafaktisk scenarie, hvor den samme mængde bliver solgt til højere priser af originalproducenter. Det vil sige, at vi antager at efterspørgslen efter medicin er inelastisk. Med andre ord antager vi, at den handlede mængde er upåvirket af prisniveauet.

Når prisen på et produkt stiger, vil det normalt lede til, at den handlede mængde falder.¹ Når vi antager at det for medicin ikke forholder sig sådan, så bygger det på at der i hospitalssektoren er en afkobling mellem lægen, der udskriver medicin efter patientens behov, og den offentlige betaling. I primærsektoren er der en delvis afkobling eftersom det blot er omkring 30 pct. af forbruget, der betales af patienterne,² men behovet fastlægges også her af en læge.

Hvis vi havde antaget en elastisk efterspørgsel, ville den umiddelbare besparelse have været mindre, men i så fald ville der også have været patienter, der ikke havde modtaget den medicin, de faktisk blev

behandlet med i 2018. Af samme årsag vil det være langt mere kompliceret at sammenligne 2018 med et kontrafaktisk scenarie, hvor både priser og handlede mængder var ændrede.

Marginal effekt på originalproducenternes strategiske adfærd

Parallelimport af medicin kan medføre, at profitten hos originalproducenter bliver lavere end den ellers ville have været. Det skyldes, at parallelimport begrænser originalproducenternes muligheder for at sætte forskellige priser på et produkt EU/EØS-landene imellem.

Hvis originalproducenternes profit falder som resultat af parallelimport kan det give anledning til at originalproducenterne ændrer adfærd. Der er blandt andet to typer af beslutninger hos originalproducenternes, som kan blive påvirket.

For det første kan parallelimport mindske originalproducenternes incitament til at investere i og udvikle ny medicin i den udstrækning, at parallelimport har et tilstrækkeligt stort omfang til at påvirke originalproducenternes økonomiske business case for at investere i ny medicin.

For det andet kan parallelimport bidrage til, at originalproducenter får incitament til at ændre beslutninger om lancering og prissætning af medicin i de EU/EØS-lande, hvor parallelimportørerne køber produkter med henblik på videresalg i Danmark. Hvis originalproducenter ved, hvilke lande som parallelimportørerne køber deres produkter i, så kan det give incitament til at sætte en højere pris i disse

lande for at modvirke parallelimport. Derudover kan parallelimport også give originalproducenter incitament til at udskyde eller helt undlade at markedsføre et produkt i lande, som parallelimportørerne køber deres produkter i, for at forhindre parallelimport.

Givet at Danmark udgør en meget begrænset andel af det globale marked for medicin, så lavere omsætning i Danmark har lille indflydelse på en originalproducents overordnede indtjening, og at 2018 er afsluttet, så besparelserne allerede er realiseret, så har parallelimport af medicin i Danmark i 2018 kun i yderst begrænset omfang givet originalproducenter incitament til at ændre deres adfærd som beskrevet ovenfor.

Hvis denne analyse skulle gentages på et europæisk eller globalt niveau, og hvis besparelserne skulle beregnes fremadrettet over en flerårig periode, ville et retvisende og troværdigt resultat om besparelser forudsætte, at der blev taget højde for dynamiske effekter i form af originalproducenternes strategiske adfærd.

EFFEKTEN AF PARALLELIMPORTERET MEDICIN

En opgørelse af besparelsen i Danmark

FORFATTERE

Christian Jervelund
Søren Brenøe
Sabine Wilke

Om Copenhagen Economics

Copenhagen Economics er et af Europas førende samfundsøkonomiske konsulenthuse med mere end 90 medarbejdere og kontorer i København, Stockholm, Helsinki og Bruxelles. Siden 2006 har Copenhagen Economics figureret på Global Competition Reviews Top-21 over de bedste økonomiske konsulentvirksomheder i verden.

www.copenhageneconomics.com

