

Kilpailun hintoja laskeva vaikutus – tapaus lääkevaihto¹



Ville Aalto-Setälä
Tutkimusjohtaja
Turun kauppakorkeakoulu,
Porin yksikkö
ja
Erikoistutkija
Kuluttajatutkimuskeskus

Lääkevaihdon käyttöönotto huhtikuussa 2003 muutti lääkemarkkinoiden kilpailuasetelmaa olennaisesti. Sen jälkeisessä lääkkeiden hintakehityksessä on nähtävissä useita kiinnostavia piirteitä.

Lääkemarkkinoissa on kilpailun tutkimisen kannalta useita suotuisia piirteitä. Ensinnäkin toimialan sisällä on lukuisia selkeästi erillisiä osamarkkinoita, jolloin käytettävissä on useita havaintoja samantyyppisestä markkinamekanismista. Toisaalta Suomen lääkemarkkinoilla otettiin käyttöön vuonna 2003 lääkevaihto eli markkinoilla tapahtui selkeä muutos kilpailutilanteessa. Lisäksi apteekkien veloittamat (maksimi)hinnat määräytyvät lääketaksan perusteella. Apteekit veloittavat käytännössä kyseisiä maksimihintoja, ja näin saatavilla on kattava aineisto todellisista markkinahinnoista.

¹ Artikkelin perustuu julkaisuun Aalto-Setälä ja Saarinen (2004).

Tämä artikkeli tarkastelee lääkemarkkinoiden kilpailuympäristön muutoksen vaikutusta yksittäisten lääkkeiden hintoihin. Tarkasteltavana on kilpailun vaikutus vaihtokelpoisten lääkkeiden hintoihin ja erityisesti kysymys, mitkä seikat ovat vaikuttaneet alkuperäislääkkeiden hintojen erisuurin laskuihin. Kyseistä ilmiötä tutkimalla ei saada ainoastaan lääkemarkkinoita koskevaa vaan yleisempääkin tietoa kilpailun vaikutuksesta markkinoiden toimintaan.

Lääkevaihdon toteutuminen

Hintakilpailu Suomen lääkemarkkinoilla on ollut perinteisesti vähäistä.

Kuluttajat ovat ostaneet lääkkeitä pääasiallisesti lääkärin määräyksen mukaan. Kuluttajan lääkkeistä maksama hinta taas ei ole ollut lääkärille merkittävä lääkkeen hintaan vaikuttava tekijä. Kilpailutilanne lääkemarkkinoilla muuttui ratkaisevasti 1.4.2003, jolloin otettiin käyttöön lääkevaihto (geneerinen substituuutio). Lääkevaihto tarkoittaa sitä, että apteekki vaihtaa lääkärin määräämän hintaputken ulkopuolella olevan reseptilääkkeen halvempaan, mikäli lääke on vaihtokelpoinen ja mikäli lääkäri tai kuluttaja ei erikseen kiellä vaihtoa. Kun alkuperäinen lääke korvataan edullisemmalla, lääke valitaan niin sanotusta hintaputkesta. Vaihtokelpoiset lääkevalmisteet on ryhmitelty lääkeaineen, lääkemuodon, vahvuuden ja pakkauskoon mukaan omiksi substituuotioryhmikseen. Lääkkeet ovat siis tietyssä substituuotioryhmässä keskenään vaihdettavia. Jokaiselle ryhmälle on muodostettu hintaputki, jonka alarajan määrää ryhmän halvin lääke. Halvimman lääkkeen lisäksi hintaputkeen pääsevät lääkkeet, joiden hinta on halvimman lääkkeen hinnasta riippuen enintään 2 tai 3 euroa hintaputken alarajaa korkeampi.

Lääkevaihto on siis aiheuttanut huomattavan muutoksen lääketeollisuuden kilpailuympäristössä. Lääkevaihdon alusta lähtien lääkärit ovat pääosin määränneet sellaisia vaihtokelpoisia lääkkeitä, jotka ovat valmiiksi hintaputken rajoissa (taulukko 1). Mikäli määrätty vaihtokelpoinen lääke ei ole ollut hintaputken rajoissa, se on noin puolessa tapauksista vaihdettu edullisempaan. Valtaosassa tapauksista, joissa lääkettä ei ole vaihdettu edullisempaan, syynä on ollut kuluttajan kieltäytyminen lääkevaihdoista. Lääkäri on kieltänyt lääkevaihdon hyvin harvoin.

Vaihtokelpoisia lääkkeitä oli huhtikuussa vuonna 2004 noin 2100. Osa näistä oli kuitenkin sellaisia, ettei niillä ollut markkinoilla kilpailevaa tuotetta eli toista lääkettä, joka kuuluisi samaan substituuotioryhmään (taulukko 2). Tällaisia ryhmiensä ainoita lääkkeitä oli peräti 502. Ilmeisesti kuitenkin näiden

Taulukko 1. Lääkevaihdon toteutuminen (touko-joulukuu 2003, vaihtokelpoiset lääkkeet).

	Prosenttiosuus
Reseptejä, joissa lääke on vaihdettu	12,4
Reseptejä, joissa ei vaihtoa, koska	
– lääkäri määrännyt hintaputkessa olevaa lääkettä	74,7
– kuluttaja kieltänyt vaihdon	10,3
– lääkäri kieltänyt vaihdon	0,3
– muu syy (putkessa olevaa valmistetta ei saatavilla tai lääke määrätty ennen 1.4.2003)	2,3

Lähde: Kela

ryhmiensä ainoiden lääkkeiden myynti on normaalisti vähäistä, joka on luonnollinen syy sille, ettei ryhmissä ole kuin yksi valmiste. Lääkkeistä siis noin 1 600 oli sellaisia, että niillä oli vaihtokelpoinen kilpaileva tuote. Enimmillään samassa substituuotioryhmässä oli 11 kilpailijaa vuoden 2004 huhtikuussa.

Taulukko 2 paljastaa kilpailun valtaavan merkityksen lääkkeiden hintakehitykselle. Mikäli substituuotioryhmässä on vain yksi lääke, tämän hinta on keskimäärin laskenut 1,5 % tarkasteluperiodillamme.² Kahden kilpailevan

tuotteen ryhmässä keskimääräinen alennus on ollut 3,5 %. Kun kilpailijoita on ollut kolme, hinnat ovat laskeneet 6,6 %. Kun tarkastellaan ryhmiä, joissa kilpailijoita on ollut enemmän, hinnat ovat laskeneet yhä enemmän. Niissä ryhmissä, joissa kilpailijoita on ollut 10 ja 11, hinnat ovat laskeneet peräti 52,5 ja 42,2 %. Lisääntynyt kilpailijoiden lukumäärä laskee siis selvästi lääkkeiden hintaa. Ehkä yllättävintä yllä olevissa luvuissa on se, että muutaman kilpailijan vaikutus verrattuna 10 tai 11 kilpailijaan on niin

² On huomattava, että vaikka nämä lääkkeet eivät ole kohdanneet toteutunutta kilpailua, ne ovat kohdanneet potentiaalista kilpailua eli kilpailija voi halutessaan tulla

markkinoille. Myös potentiaalinen kilpailu voi vaikuttaa (ja useiden empiiristen tutkimusten mukaan vaikuttaakin) hintoihin.

Taulukko 2. Vaihtokelpoisten lääkkeiden kilpailevien tuotteiden lukumäärä.

Lääkkeiden lukumäärä substituuotioryhmässä	Lääkkeiden lukumäärä	Ryhmien lukumäärä	Keskimääräinen hintamuutos (%)	Tuotteista hintaputkessa %
1	502	502	-1,5	100,0
2	564	282	-3,5	90,2
3	330	110	-6,6	82,7
4	140	35	-14,9	82,1
5	125	25	-17,2	74,4
6	114	19	-21,1	78,9
7	98	14	-32,3	74,5
8	88	11	-34,7	75,0
9	90	10	-36,2	68,9
10	20	2	-52,5	65,0
11	11	1	-42,2	54,5
Keskimäärin			-10,63	86,6

pieni. Etukäteen olisi voinut olettaa, että kun kilpailijoita on esimerkiksi 5, sen jälkeen hinnat eivät enää juurikaan laske. Näin ei kuitenkaan ole.

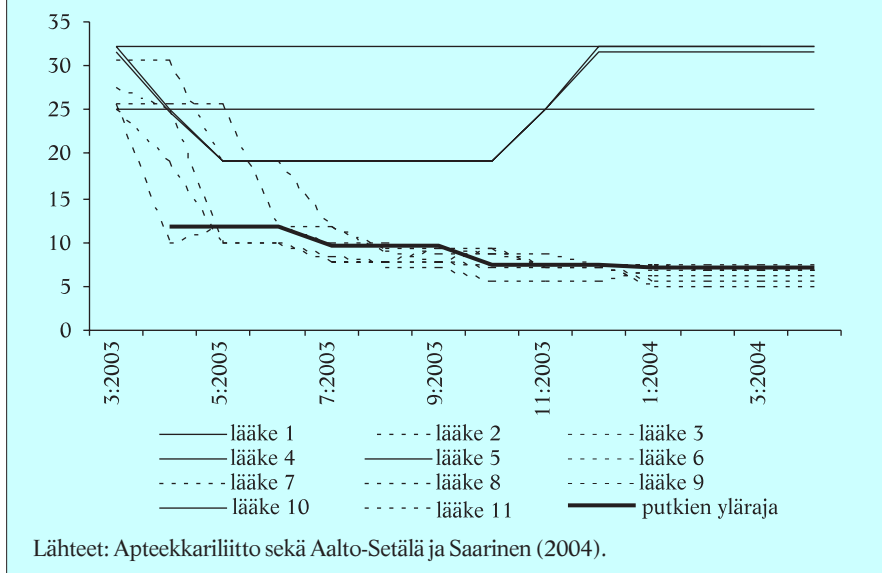
Esimerkkejä lääkekilpailusta

Esimerkki enalapriili

Ensimmäisessä esimerkissämme lääkekilpailusta on substituu-tioryhmä, johon kuuluu eniten vaihtokelpoisia lääkkeitä eli 11 kappaletta. Kyseessä on pääasiassa verenpainelääke, jonka vaikuttavana aineena on enalapriili. Ensimmäisellä tarkasteluhetkellämme maaliskuussa 2003 – juuri ennen lääkevaihdon alkua – substituu-tioryhmän ylin hinta oli 32,13 euroa ja alin hinta 25,20 euroa. Kun lääkevaihto alkoi huhtikuussa 2003, monen muunkin lääkkeen hinta laski kyseisessä ryhmässä, mutta varsinainen ”markkinoiden romauttaja” oli MCDERM kopiölääkkeellään, jonka hinta laski 9,90:n euroon (aiempi hinta 25,20 euroa).

Hintaputken yläraja (vaihdettava lääke on siis valittava hintaputkesta) on kyseisessä hintaluokassa 2 euroa alimmasta lääkkeestä eli ylärajaksi muodostui 11,90 euroa. Seuraavana tarkasteluajankohtana toukokuussa 2003 kahden muunkin lääkkeen hinta laski kyseiseen putkeen. Hintaputki määräytyy uudestaan kolmen kuukauden välein eli ryhmän hintaputki määräytyi uudelleen heinäkuussa. Tällöin ryhmän alin hinta oli jo 7,64 euroa ja näin

Kuvio 1. Substituutioryhmä ”enalapriilin” hintakehitys.



Lähteet: Apteekkariliitto sekä Aalto-Setälä ja Saarinen (2004).

hintaputken ylärajaksi määräytyi 9,64 euroa. Syyskuussa peräti kuuden lääkkeen hinta oli hintaputken sisällä eli alle 9,64 euroa (vertaa maaliskuun tilanteeseen, jolloin alin hinta oli 25,20 euroa). Substituutioryhmän alin hinta ja näin myös hintaputken yläraja laski yhä seuraavina putken määräytymisajankohtina lokakuussa 2003 ja tammikuussa 2004. Suurin osa substituu-tioryhmän lääkkeiden hinnoista laski putken ylärajan mukana.

Kilpailutilanne kyseisessä ryhmässä ei tietysti ole keskimääräinen suhteessa kaikkiin vaihtokelpoisiin lääkkeisiin, koska ryhmässä on kaikkein eniten kilpailuvia tuotteita. Tästä huolimatta kyseinen ryhmä kuvastaa hyvin lääke-

vaihdon kannustamia yritysten hinnoittelustrategioita. Yrityksillä on kaksi vaihtoehtoista hinnoittelustrategiaa: tuotteen hinta joko pidetään mahdollisimman korkeana tai sitten niin alhaisena, että lääkkeen hinta on hintaputken sisällä. Jos lääkkeen hinta on hintaputken yläpuolella, sitä eivät osta kuin jostain syytä lääkevaihdon ulkopuolelle jäävät asiakkaat. Taulukosta 1 näemme, että käytännössä ainoa syy lääkevaihdon ulkopuolelle jäämiselle on asiakkaan kieltäytyminen halvemmasta lääkkeestä. Noin 10 prosentissa tapauksista kaikista lääkevaihdon piiriin kuuluvista lääkkeistä asiakas on kieltänyt lääkkeen vaihtamisen. Hintaputken yläpuolella olevat lääkkeet jakavat



siis tämän 10 % vaihtokelpoisten lääkkeiden markkinoista.

Esimerkki ibuprofeeni

Toinen esimerkkiryhmämme sisältää kaksi lääkettä – Buranan ja Brufenin. Vaikuttavana aineena näissä lääkkeissä on ibuprofeeni, ja niitä käytetään tilapäisten kipu- ja kuumetilojen hoitoon. Tätä ryhmää voidaan pitää kilpailun kannalta melkoisen edustavana, sillä kaikkein yleisimmin vaihtokelpoiset lääkkeet kuuluvat ryhmään, jossa on kaksi tuotetta. Ennen lääkevaihdon alkua Buranan hinta oli 11,23 ja Brufenin 7,41 euroa. Lääkevaihdon alkaessa Buranan hinta tippui 9,13 euroon, jolloin sen uusi hinta mahtui hintaputkeen, jonka ylärajaksi muodostui Brufenin hinnan perusteella 9,41 euroa. Kun hintaputki määräytyi seuraavan kerran heinäkuussa, Brufenin hinta laski 6,73 euroon. Hintaputken ylärajaksi muodostui 8,73 euroa, ja Burana jäi hintaputken ulkopuolelle. Heti seuraavalla tarkasteluperiodillamme Buranan hinta kuitenkin jo laski 8,56 euroon eli 17 senttiä putken ylärajan alle. Tämän jälkeen kyseisillä lääkkeillä ei ole ollut hintamuutoksia.

Yksittäisten lääkkeiden hintakehitykseen vaikuttaneet tekijät

Seuraavaksi tarkastellaan tilastollisesti, mitkä tekijät ovat vaikuttaneet vaihtokelpoisten lääkkeiden hyvinkin erisuuruisiin hinnanalennuksiin. Taulukko 3 kertoo regressioanalyysin tulokset, kun hintakehitystä (maaliskuu 2003–huhtikuu 2004) selitetään kilpailijoiden lukumäärällä, substituuitor ryhmän alkuperäisellä keskihinnalla, ryhmän koolla, reseptivaatimuksella ja sillä, onko valmiste alkuperäislääke.⁵ Jokaisen lääkkeen hinta on indeksoitu olemaan 100 maaliskuun 2003 lopussa, joten taulukon 3 kertoimet voidaan tulkita suoraan prosenttimuutoksina lääkevaihdon alusta.

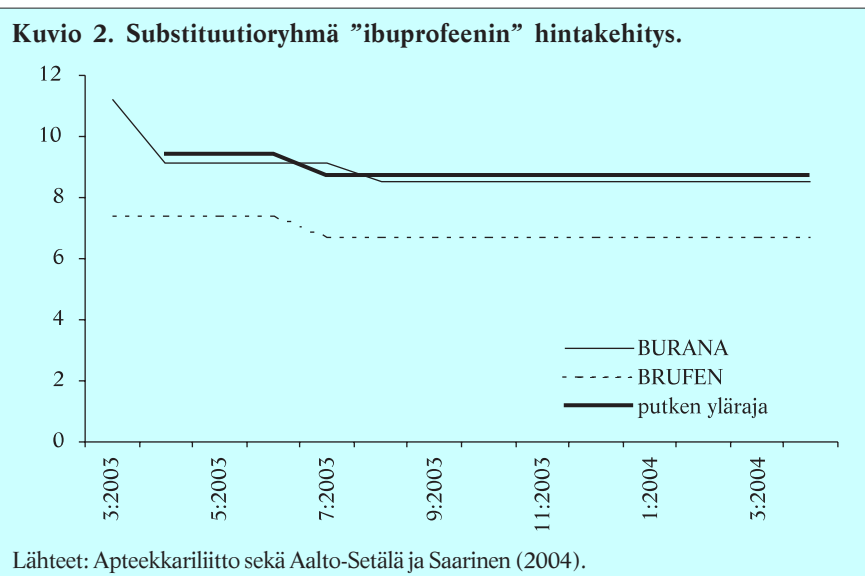
Taulukon ensimmäinen sanoma on se, että kilpailijoiden lukumäärä substituuitor ryhmässä laskee lääkkeiden hintoja. Kilpailijoiden lukumäärän vaikutus on kuitenkin erilainen keskihinnaltaan alhaisissa ja korkeammassa substituuitor ryhmässä. Mikäli ryhmän keskihinta on ollut alle 6 euroa, yksi kilpailija laskee ryhmään kuuluvien lääkkeiden hintaa keskimäärin 2,7 prosent-

⁵ Aalto-Setälä ja Saarinen (2004) käsittelevät käytettyä estimointimenetelmää tarkemmin.

tiyksikköä. Mikäli ryhmän keskihinta on ollut 6–12 euroa, yksi kilpailija laskee ryhmään kuuluvien lääkkeiden hintaa keskimäärin 4,7 prosenttiyksikköä. Kun keskihinta on ollut yli 12 euroa, yksi kilpailija laskee ryhmään kuuluvien lääkkeiden hintaa keskimäärin noin 5,5 prosenttiyksikköä. Toisin sanoen kilpailijoiden lukumäärän vaikutus on pienempi niissä ryhmissä, joissa keskihinta on alhainen verrattuna korkeamman keskihinnan ryhmiin.

Syynä tähän on tuskin se, että keskihinnaltaan edullisten lääkeryhmien hinnat olisivat olleet jo ennen lääkevaihdon alkua kilpailullisemmat kuin keskihinnaltaan korkeiden ryhmien hinnat. Syy alkujaan alhaisiin hintoihin on ilmeisesti kustannuksissa (lääkkeiden hintalautakuntahan on hyväksynyt hinnat kustannusten perusteella). Keskihinnaltaan alhaisten ryhmien pienten hintalaskujen syy taas on mitä ilmeisimmin tekninen, eli kun hintaputken leveys on kiinteä 2 tai 3 euroa, niin hintaputki on suhteellisesti kapeampi kalliiden lääkkeiden kohdalla. Näin hintaputken ulkopuolella olevien lääkkeiden hintojen täytyy laskea prosentuaalisesti lähemmäs substituuitor ryhmän alinta hintaa kalliissa substituuitor ryhmässä verrattuna halvempiin substituuitor ryhmiin. Vaihtokelpoisten lääkkeiden hintojen vaihteluvälihän on valtava. Lähes 10 % substituuitor ryhmien keskihinoista oli huhtikuussa 2004 alle 5 euroa ja noin 28 % alle 10 euroa. Näissä tapauksissa hintaputken leveys on siis useita kymmeniä prosentteja substituuitor ryhmän alimmasta hinnasta. Noin 9 % substituuitor ryhmien keskihinoista oli puolestaan yli 100 euroa. Tällöin hintaputken leveys on alle 3 % substituuitor ryhmän keskihinnasta.

Kolmas yksittäisten lääkkeiden hintoihin selvästi vaikuttava tekijä on se, onko kyseessä alkuperäislääke. Tämän tekijän vaikutus ei ole kuitenkaan samansuuntainen pienissä ja suurissa substituuitor ryhmässä. Kun kilpailijoita on 4 tai vähemmän, alkuperäislääkkeiden hinnat ovat laskeneet 1,6 prosenttia enemmän kuin muiden lääkkeiden hinnat. Alkuperäislääkemuuuttujan vai-



Taulukko 3. Vaihtokelpoisten lääkkeiden hintakehitykseen vaikuttaneet tekijät.

<i>Selittävä muuttuja: hinnan muutos</i>		
<i>Selittävä muuttuja:</i>	<i>kerroin</i>	<i>merkitsevyytaso</i>
Vakio	107	
Kilpailijoiden lkm (alle 6 euron ryhmä)	-2,7	0,00
Kilpailijoiden lkm (6–12 euron ryhmä)	-4,7	0,00
Kilpailijoiden lkm (12–18 euron ryhmä)	-5,8	0,00
Kilpailijoiden lkm (yli 18 euron ryhmä)	-5,6	0,00
Alkuperäislääke (kilp. Lkm)	9,5	0,00
Alkuperäislääke (kilp. Lkm)	-1,6	0,02
Reseptilääke	-2,5	
R ²	0,42	

kutus on päinvastainen – ja hyvin voimakas – suurissa substituutioryhmissä. Näissä substituutioryhmissä alkuperäislääkkeiden hinnat ovat laskeneet peräti 9,5 % vähemmän kuin muiden lääkkeiden. Alkuperäislääkkeiden hintakehitys on siis yleisestikin ollut yllä olleiden esimerkkien mukainen.

Selityksenä alkuperäislääkkeiden erisuuntaisille hintavaikutuksille erisuuruissa substituutioryhmissä on jo aiemmin kuvattu alkuperäislääkkeen kaksi vaihtoehtoista hinnoittelustrategiaa: laskea hinta putkeen tai pitää hinta mahdollisimman korkeana. Vähän kilpailijoita sisältävissä substituutioryhmissä alimmat hinnat ovat laskeneet niin vähän, että alkuperäislääkkeet ovat päässeet kohtuullisen pienillä hintojen laskuilla hintaputken sisälle. Paljon kilpailijoita sisältävissä substituutioryhmissä alimmat hinnat ovat sen sijaan niin alhaalla, että alkuperäislääkkeiden hintojen olisi pitänyt laskea useita kymmeniä prosentteja mahtuakseen putkeen. Näissä tapauksissa niiden hinnat eivät olekaan laskeneet usein ollenkaan.

Viimeisenä hintojen laskun selittäjänä on muuttuja reseptilääke. Tämä muuttuja erittelee toisistaan lääkkeet, joiden ostamiseen vaaditaan resepti, sekä lääkkeet, joita voi ostaa myös ilman reseptiä. Näiden ryhmien ero kilpailullisuuden kannalta on siinä, että ostettaessa reseptillä hintaputkeen kuu-

lumatonta lääkettä apteekin on ehdotettava vaihtoa edullisempaan lääkkeeseen. Jos kuluttaja ostaa samaa lääkettä ilman reseptiä, apteekin ei tarvitse ehdottaa vaihtoa halvempaan lääkkeeseen. Näin kilpailu ei ole yhtä kireää lääkkeillä, joita voi ostaa myös ilman reseptiä. Ainoastaan reseptillä ostettavien lääkkeiden hinnat ovatkin laskeneet 2,5 % enemmän kuin sellaisten lääkkeiden hinnat, joita voi ostaa myös ilman reseptiä.

Vaihtokelpoisten lääkkeiden hintahajonta

Seuraavaksi tarkastellaan lääkevaihdon vaikutusta substituutioryhmien sisäiseen hintahajontaan. Hintahajonnan

mittarina käytetään tässä tutkimuksessa yksinkertaisesti substituutioryhmän alimman hinnan prosentuaalista eroa ylimmästä hinnasta. Taulukko 4 sisältää substituutioryhmien hintahajonnan kilpailijoiden lukumäärän mukaan ennen lääkevaihdon alkua maaliskuussa 2003 ja vuosi lääkevaihdon alun jälkeen huhtikuussa 2004.

Kuten taulukosta 4 nähdään, 2, 3 tai 4 tuotetta sisältävien substituutioryhmien keskimääräinen hintahajonta on pienentynyt lääkevaihdon aikana. Substituutioryhmän kalleimman ja halvimman hinnan ero on siis pienentynyt näissä ryhmissä. Tämä johtuu yksinkertaisesti siitä, että ryhmien kalleimpien lääkkeiden hinnat ovat laskeneet keskimääräistä enemmän (kuten jo nähtiin taulukosta 3 ja ibuprofeenia tarkastelevasta esimerkistä). Tilanne on sen sijaan toinen substituutioryhmissä, joissa kilpailijoita on 5 tai enemmän. Niissä hintahajonta on kasvanut selvästi. Kyse on siis siitä, että ryhmän alunperinkin kalleimpien lääkkeiden hinnat ovat laskeneet lääkevaihdon voimaan tultua vähemmän kuin halvimpien lääkkeiden hinnat⁴.

Sinällään on kiintoisaa, että 8–11 kilpailijaa sisältävissä ryhmissä kalleimman ja halvimman lääkkeen erot ovat

⁴ Kyseinen tulos hintahajonnan erisuuntaisesta kehityksestä on käytännössä identtinen taulukon 3 raportoimalle alkuperäislääkemuuuttujan erisuuntaiselle vaikutukselle erisuuruissa substituutioryhmissä.

Taulukko 4. Substituutioryhmien alimman hinnan prosenttiero ylimmästä hinnasta.

<i>Kilpailijoiden lukumäärä</i>	<i>Hajonta 3:2003</i>	<i>Hajonta 4:2004</i>
1	0	0
2	8,5	8,3
3	18,7	17,9
4	28,3	25,9
5	28,5	38,6
6	31,1	42,7
7	34,0	56,3
8	38,3	60,2
9	36,1	62,2
10	34,5	80,2
11	21,6	84,5

niinkin suuria kuin 60–85 %. Tämä tarkoittaa yksinkertaisesti sitä, että näissä ryhmissä halvimman lääkkeen hinta on 60–85 % alempi kuin kalleimman (tai toisin sanottuna kalleimman lääkkeen hinta 150–560 % korkeampi kuin halvimman). Erot ovat valtavia ottaen huomioon, että lääkkeiden pitäisi vaikuttaa täsmälleen samalla tavalla ja asian pitäisi olla yleisesti myös kuluttajien tiedossa. Lisäksi kuluttaja ei pysty ostamaan tällaista lääkettä kuin apteekista ja siellä farmaseutin on pakko ehdottaa kalliimman lääkkeen vaihtamista halvempaan (ja vastaavaan) lääkkeeseen.

Vaihtokelpoisten lääkkeiden hinnanalennusten nopeus

Tarkastellaan lopuksi lääkkeiden hintojen laskujen nopeutta. Kuvio 3 näyttää keskimääräisen lääkkeiden hintakehityksen ryhmissä, joissa lääkkeitä on 1, 5 ja 10. Hintakehitys kyseisissä ryhmissä kuvastaa myös hintakehitystä muissakin ryhmissä melko hyvin. Vaihtokelpoisten lääkkeiden hinnat ovat laskeneet melko nopeasti. Suurin osa hintojen laskusta tapahtui lääkevaihdon kahden ensimmäisen kuukauden aika-

na toukokuuhun 2003 mennessä. Hinnat laskivat vielä jonkin verran muuttaman seuraavan kuukauden aikana, mutta elokuun 2003 jälkeen vaihtokelpoisten lääkkeiden hinnat eivät juuri ole laskeneet.⁵ Käytännössä voidaankin siis sanoa, että lääkevaihdon aikaansaama hintojen lasku on toteutunut täysimääräisenä lääkevaihdon ensimmäisen vuoden aikana eikä lääkevaihdon aikaansaama hintojen merkittävää alenemista ole enää odotettavissa. Tietenkin lääkevaihdon piiriin tulee tulevaisuudessa uusia lääkeryhmiä vanhojen patenttien rautessa. On luonnollista olettaa, että näissä lääkeryhmissä hinnat tulevat laskemaan yllä kuvatun mukaisesti.

Lopuksi

Tässä artikkelissa on tarkasteltu lääkevaihdon aikaansaamaa kilpailuympäristön muutoksen vaikutusta vaihtokelpoisten lääkkeiden hintoihin ja erityisesti yksittäisten vaihtokelpoisten

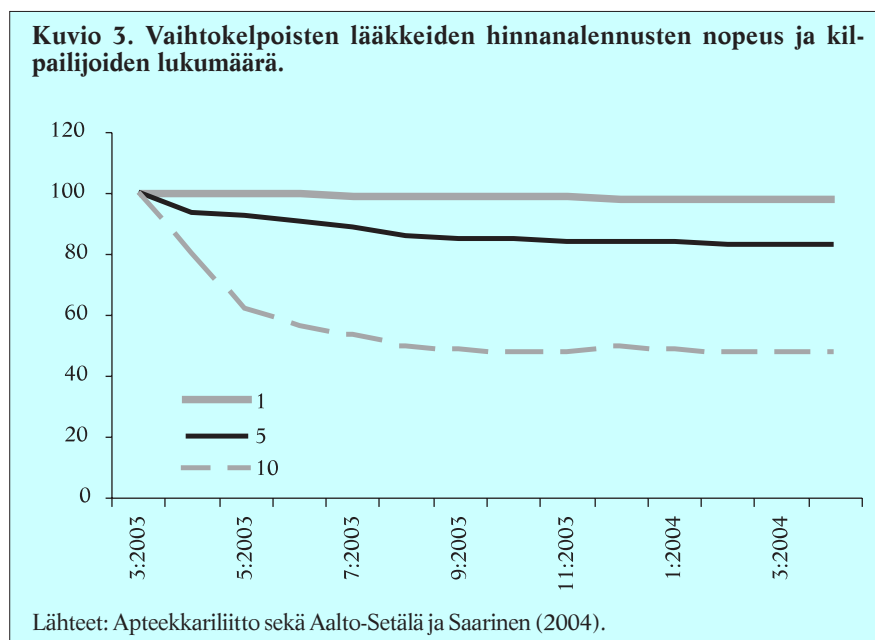
⁵ *Vaihtokelpoisten lääkkeiden painottoman hintaindeksi oli 94,5 toukokuussa 2003 (hinnat olivat siis laskeneet 5,5 % maaliskuusta), elokuussa hintaindeksi oli 90,8 ja huhtikuussa 2004 89,4.*

lääkkeiden erisuuruisiin hintojen laskuihin vaikuttavia tekijöitä. Tarkastelun ilmeisin tulos on se, että kilpailijoiden lukumäärän lisääntyminen substitutioryhmässä laskee hintoja. Tulos ei tietysti ole yllättävä, mutta yllättävää on, että uudet kilpailijat laskevat selvästi ryhmän hintoja, vaikka ryhmässä olisi jo useita kilpailijoita. Kilpailijoiden hintoja laskeva vaikutus ei lisäksi ole samanlainen kaikissa substitutioryhmissä, sillä kilpailu on laskenut hintoja huomattavasti vähemmän alunperin keskihinnaltaan alhaisissa ryhmissä kuin kalliimmissa ryhmissä. Syynä on se, että keskihinnaltaan alhaisissa ryhmissä 2 euroa leveä hintaputki on kovin leveä prosentuaalisesti. Jos ryhmän alin hinta on esimerkiksi 4 euroa, kyseistä tuotetta jopa 50 % kalliimmat lääkkeet mahtuvat hintaputkeen. Pahinta ei ole se, että ”liian kalliit” tuotteet mahtuvat hintaputkeen, vaan se, että liian leveä hintaputki poistaa kannustimen laskea hintoja alas: jos kuitenkin lähes kaikki ryhmän tuotteet mahtuvat putkeen, miksi kukaan laskee hintoja? Hintaputken pitäisikin olla selvästi kapeampi kuin 2 euroa hinnoiltaan alhaisten substitutioryhmien kohdalla.

Toinen tärkeä tulos on se, että alkuperäislääkkeiden hintakehitys on ollut hyvin erilainen pienissä ja suurissa substitutioryhmissä. Lääkevaihdon toisena ongelmana onkin tällä hetkellä se, että paljon kilpailijoita sisältävien substitutioryhmien alkuperäislääkkeiden hinnat eivät ole juuri laskeneet. Tämän tutkimuksen käytössä ei ole ollut lääkkeiden myyntimääriä, mutta ilmeisesti kyseisiä lääkkeitä myydään huomattavia määriä (koska kyseisten lääkkeiden hintoja ei ole ollut tarpeellista laskea).

Joissakin EU-maissa (Saksa, Tanska, Hollanti ja Ruotsi) on käytössä niin sanottu ”viitehintajärjestelmä”. Ruotsissa kyseinen järjestelmä tarkoittaa sitä, että yhteiskunta ei korvaa yli 10 % substitutioryhmän alinta hintaa kalliimpia lääkkeitä. Tällainen järjestelmä voisi Suomessakin saada alkuperäislääkkeiden hinnat laskemaan. Yritysten todel-

Kuvio 3. Vaihtokelpoisten lääkkeiden hinnanalennusten nopeus ja kilpailijoiden lukumäärä.



linen käyttäytyminen markkinoilla voi olla kuitenkin hyvin vaikeasti ennakoitavaa. Ruotsin lääkemarkkinoita on tutkittu kohtuullisen paljon (esim. Aronsson, Bergman ja Rudholm, 2001; Bergman ja Rudholm, 2003) ja ainakin joidenkin lääkeryhmien kohdalla viitehinta-järjestelmä ei olekaan laskenut alkuperäislääkkeiden hintoja vaan pitänyt geneeristen lääkkeiden hinnat ylhäällä. Syynä on ollut se, että kyseinen järjestelmä normaalisti pakottaa laskemaan alkuperäislääkkeen hinnan lähelle substitutioryhmän alimpia hintoja. Koska geneeristen lääkkeiden hinnoittelijat tietävät tämän, miksi he laskisivat hintansa kovin alas? On kannattavampaa pitää geneerisen lääkkeen hinta korkeana (ja hieman alkuperäislääkkeen hintaa alempana) kuin alhaisena (ja hieman alkuperäislääkkeen hintaa alempana).

Tämän artikkelin vaihtokelpoisten lääkkeiden kilpailun tarkastelu ei ole mitenkään tyhjentävä esitys aiheesta. Aihetta voisi tarkastella huomattavasti sofistikoituneemminkin. Erityisesti lääkkeiden myyntimäärien saaminen kilpailun analyysiin tekisi tarkastelusta vahvemman.

KIRJALLISUUS

Aalto-Setälä, V. & Saarinen, P. (2004), Kilpailun vaikutus lääkemarkkinoilla, Kuluttajatutkimuskeskuksen julkaisuja 2004:6.

Apteekkariliitto (2004), Lääkevaihto laskenut tuntuvasti lääkkeiden hintoja, 2.4.2004, www.apteekkariliitto.fi.

Aronsson, T. & Bergman, M. & Rudholm, N. (2001), The Impact of Generic Drug Competition on Brand Name Market Shares – Evidence from Micro Data, *Review of Industrial Organization*, 19, 425–435.

Bergman, M. & Rudholm, N. (2003), The Relative Importance of Actual and Potential Competition: Empirical Evidence from the Pharmaceutical Markets, *Journal of Industrial Economics*, 51, 455–467.

Kettunen, K. (2002), Lääkkeiden hintakehitys, teoksessa *Lääkkeet ja terveys 2002*, Lääketietokeskus OY.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2003), *Lääkepolitiikka 2010*.