

JULKAISUJA 6 • 2004

Kilpailun vaikutus lääkemarkkinoilla

Ville Aalto-Setälä
Paavo Saarinen

Kuluttajatutkimuskeskus, julkaisuja 6:2004
Konsumentforskningscentralen, publikationer 6:2004
National Consumer Research Centre, publications 6:2004

Kilpailun vaikutus lääkemarkkinoilla
Konkurrensens inverkan på läkemedelsmarknaden
Impact of competition on the drug market

Tekijät / Författare / Authors

Ville Aalto-Setälä, Paavo Saarinen

Julkaisija / Utgivare / The publisher

KULUTTAJATUTKIMUSKESKUS
PL 5 (Kaikukatu 3)
00531 HELSINKI
Puh. (09) 77 261
Faksi (09) 7726 7715
www.kuluttajatutkimuskeskus.fi
www.ncrc.fi

Kokonaissivumäärä / Sidantal / Pages

17

Kieli / Språk / Language

Suomi / Finska / Finnish

Hinta / Pris / Price

16,80 €

Julkaisun päivämäärä / Utgivningsdatum / Date of publication

14.9.2004

ISSN 0788-5415

ISBN 951-698-116-X

(PDF-julkaisu: www.kuluttajatutkimuskeskus.fi, www.ncrc.fi)

TIIVISTELMÄ

Ville Aalto-Setälä, Paavo Saarinen
Kilpailun vaikutus lääkemarkkinoilla

Hintakilpailu Suomen lääkemarkkinoilla on ollut perinteisesti vähäistä. Kuluttajat ovat ostaneet lääkkeitä pääasiallisesti lääkärin määräyksen mukaan. Kuluttajan lääkkeestä maksama hinta taas ei ole ollut lääkärille merkittävä lääkkeen valintaan vaikuttava tekijä. Kilpailutilanne lääkemarkkinoilla muuttui ratkaisevasti 1.4.2003. Tällöin otettiin käyttöön yksi keino lääkekustannuksien kasvun hillitsemiseksi eli lääkevaihto. Lääkevaihto tarkoittaa sitä, että apteekki vaihtaa lääkärin määräämän reseptilääkkeen halvempaan, mikäli lääke on vaihtokelpoinen ja mikäli lääkäri tai kuluttaja ei erikseen kiellä vaihtoa. Kilpailullisuuden kannalta kyse on siitä, että ei-patenttisuojusten alkuperäislääkkeiden erityisasema markkinoilla poistettiin altistamalla ne rinnakkaisvalmisteiden kilpailulle.

Tämä tutkimus tarkastelee lääkemarkkinoiden kilpailuympäristön muutoksen vaikutusta yksittäisten lääkkeiden hintoihin. Tarkasteltavana on vaihtokelpoisten lääkkeiden hinnat ja erityisesti kysymys, mitkä seikat ovat vaikuttaneet alkuperäislääkkeiden hintojen erisuuriin laskuihin. Toisaalta tarkasteltavana on rinnakkaisvalmisteisten lääkkeiden hintojen määräytyminen lääkeryhmän hintaputken sisällä ja ympärillä.

Tutkimuksen ilmeisin tulos on se, että kilpailijoiden lukumäärän lisääntyminen substituu-tioryhmässä 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 substituu-tioryhmissä, 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 insentiivin laskea hintoja alas: jos kuitenkin lähes kaikki ryhmän tuotteet mahtuvat putkeen, miksi kukaan laskisi hintoja? Hintaputken pitäisikin olla selvästi kapeampi kuin 2 euroa hinnoiltaan alhaisten substituu-tioryhmien kohdalla.

Tutkimuksen toinen tärkeä tulos on se, että alkuperäislääkkeiden hintakehitys on ollut hyvin erilainen pienissä ja suurissa substituu-tioryhmissä. Lääkevaihdon toisena ongelmana onkin tällä hetkellä se, että paljon kilpailijoita sisältävien substituu-tioryhmien alkuperäis-lääkkeiden hinnat eivät ole juuri laskeneet. Koska osa kuluttajista haluaa ostaa näitä kalliita alkuperäislääkkeitä, kyseisten lääkkeiden korkeat hinnat nostavat sekä kuluttajille että Kansaneläkelaitokselle lääkkeitä aiheutuvia kustannuksia.

Asiasanat:

Lääkkeet, lääkepolitiikka, lääkevalvonta, kilpailu, kilpailuttaminen, markkinat, hinnat, hinnanmuodostus, hinnanalennus

REFERAT

Ville Aalto-Setälä, Paavo Saarinen

Konkurrensens inverkan på läkemedelsmarknaden

Traditionellt har priskonkurrensen på den finländska läkemedelsmarknaden varit obetydlig. I huvudsak har konsumenterna köpt läkemedel enligt läkarordination. För läkarna har det pris som konsumenten betalat för läkemedlet inte varit en faktor som påverkat valet av läkemedel. Konkurrenssituationen på läkemedelsmarknaden ändrades väsentligt den 1.4.2003. Då infördes ett nytt system med vars hjälp man försöker dämpa ökningen av läkemedelskostnaderna, alltså utbyte av läkemedel. Utbyte av läkemedel innebär att apoteket byter ut det receptbelagda läkemedel som läkaren ordinerat mot ett billigare, ifall läkemedlet är utbytbar och ifall konsumenten inte uttryckligen förbjuder utbytet. Det som hände ur konkurrensens synvinkel var att de icke patentskyddade originalpreparatens särställning på marknaden avskaffades genom att utsätta dem för konkurrens från synonympreparat.

Den här undersökningen granskar hur ändringen i läkemedelsmarknadens konkurrensmiljö påverkar priserna på enskilda läkemedel. De utbytbara läkemedlens priser granskas, och i synnerhet utreds vilka faktorer som orsakat de olika stora prissänkningarna i originalpreparaten. Å andra sidan undersöks hur synonympreparatens priser bestäms innanför och utanför prisbandet för en läkemedelsgrupp.

Det mest betydande resultatet från undersökningen är att priserna sjunker när antalet konkurrenter i substitutionsgruppen ökar. Resultatet är naturligtvis inte överraskande, men det är överraskande att nya konkurrenter tydligt sänker priserna inom en viss grupp även om det redan finns flera konkurrenter i gruppen. Dessutom finns det skillnader mellan konkurrenternas inverkan på prissänkningar i olika substitutionsgrupper. Konkurrensen har sänkt priserna betydligt mindre inom sådana grupper där genomsnittspriset ursprungligen varit lågt än i de grupper där genomsnittspriset varit högre. Orsaken är att det 2 euro breda prisbandet är procentuellt sett ganska brett i de grupper där genomsnittspriset är lågt. Om det lägsta priset i gruppen är till exempel 4 euro, är det möjligt att det finns till och med 50 % dyrare läkemedel inom prisbandet. Det värsta är inte att "för dyra" produkter finns inom prisbandet, utan att det för breda prisbandet eliminerar incitamentet för prissänkningar: om nästan alla produkter i gruppen ändå rymms inom bandet, varför skulle någon då sänka priserna? Prisbandet borde alltså vara betydligt smalare än 2 euro i de substitutionsgrupper där priserna är låga.

Bland andra viktiga resultat i undersökningen är att originalpreparatens priser har utvecklats mycket olika inom de små och stora substitutionsgrupperna. Ett annat problem inom utbytet av läkemedel är för tillfället det att priserna inte har sänkts nämnvärt inom sådana substitutionsgrupper där det finns ett stort antal konkurrenter. Eftersom en del av konsumenterna vill köpa dessa dyra originalpreparat, ökar dessa preparats höga priser de kostnader som läkemedel orsakar både för konsumenterna och för Folkpensionsanstalten.

Nyckelord:

Mediciner, konkurrens, marknaden, priser, prisbildning, prissänkning

ABSTRACT

Ville Aalto-Setälä, Paavo Saarinen
Impact of competition on the drug market

Price competition in the Finnish drug market has traditionally been very modest. Consumers mainly purchased those drugs prescribed by their doctor. On the other hand, the price of the drug to the consumer did not have any major effect on the doctor's choice of the drug. The competitive situation changed dramatically on 1 April 2003, when generic substitution was introduced in Finland as one way of controlling the growth of drug costs. According to generic substitution, the pharmacy will replace a prescription drug by a less expensive generic equivalent if there is one, unless either the physician or the consumer specifically prohibits substitution. With regard to competitiveness, the introduction of generic substitution meant that original drugs not protected by patent lost their special position in the market by being submitted to competition from parallel products.

This study investigates the impact of the change in the competitive environment on the prices of individual drugs. The focus is on the prices of substitutable drugs with the particular aim of finding out what factors have affected the observed variation in the price reductions of original drugs. The study also examines price formation of substitutable drugs within and around the price pipeline of a given drug group.

The most noticeable result of the study is that a higher number of competitors in the substitution group lowers prices. This result in itself is not unexpected, but what is surprising is that the entry of additional new competitors causes a clear decrease in prices within a group even when the group already comprises several competitors. Furthermore, the impact of competitors on prices varies among substitution groups. Competition has lowered prices considerably less in groups that had a lower average price level originally than in those with a higher original price level. This is because the price pipeline set for the lower price groups, 2 EUR, is quite sizeable in percentage terms. In a group in which the lowest price is, say, 4 EUR, even drugs priced 50% higher are still within the pipeline. The point is not that "too expensive" drugs are within the pipeline but that a pipeline which is too wide gives no incentive to reduce prices: if nearly all the drugs in the group fit in the pipeline, what reason is there for anyone to decrease prices? To remove this problem, the price pipeline should be much narrower than 2 EUR in the case of low-priced substitute groups.

Another important finding of the study is that there is a marked difference in the way the prices of original drugs have developed in small substitution groups and in large ones. The second problem in generic substitution today is that the prices of the original drug in substitution groups with many competitors have decreased hardly at all. Because a part of consumers want to buy these expensive original products in any case, their high prices raise the costs of drugs both to consumers and to the Social Insurance Institution KELA.

Keywords:

Drugs, medical policy, competition, markets, prices, price control

ESIPUHE

Tämä tutkimus tarkastelee lääkevaihdon aikaansaaman kilpailuympäristön muutoksen vaikutusta yksittäisten lääkkeiden hintoihin. Lääkemarkkinoiden tutkiminen on tärkeää, sillä lääkkeitä tarvitsevien kuluttajien budjetissa lääkekustannukset ovat huomattavia ja toisaalta yhteiskunta maksaa KELA-korvauksina suuren osan korvattavien lääkkeiden kustannuksista. Lääkemarkkinat ovat Suomessa edelleen hyvin säännöstelltyjä, sillä esimerkiksi apteekkien markkinoille tulo on maassamme luvanvaraista. Lääkekilpailun ja lääke-markkinoiden mekanismien tunteminen on tästä syystä tärkeää. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää pyrittäessä avaamaan kilpailua lääke-markkinoilla.

Tutkimuksessa hyödynnetään kohtuullisen yksinkertaisia toimialan taloustieteen ja ekonometrian menetelmiä yksittäisen toimialan kilpailutilanteen analysoimiseen. Tutkimuksen tulokset, jotka tuovat uutta tärkeää tietoa lääke-markkinoiden kilpailusta, ovat esimerkki tämän tyyppisten menetelmien vahvuudesta analysoitaessa yksittäisten markkinoiden kilpailutilannetta. Toivottavaa olisikin, että toimialan taloustieteen menetelmiä alettaisiin käyttää laajemminkin markkinoiden kilpailua analysoitaessa. Myös Kuluttajatutkimuskeskus olisi valmis tarkastelemaan tulevaisuudessakin esimerkiksi lääke-markkinoiden kilpailullisuuden mekanismeja, mikäli rahoittajataho löytyy.

Tämän tutkimuksen suurimpia vahvuuksia on erittäin kattava lääkkeiden hintoja koskeva aineisto. Kiitämme Apteekkariliittoa kyseisen aineiston toimittamisesta. Apteekkariliiton viestintäjohtaja Erkki Koistiainen ja Kansaneläkelaitoksen erikoistutkija Jaana Martikainen ovat antaneet arvokkaita kommentteja tutkimuksen aiempiin versioihin. Kiitämme myös Kansaneläkelaitoksen tutkimuspäällikköä Timo Klaukkaa kommentteista tutkimuksen aihepiiriä suunniteltaessa. Tutkimuksen ovat toteuttaneet Kuluttajatutkimuskeskuksessa tutkimuspäällikkö Ville Aalto-Setälä ja tutkija Paavo Saarinen. Kuluttajatutkimuskeskus esittää parhaat kiitokset tutkijoille sekä kaikille yhteistyötahoille.

Helsingissä elokuussa 2004

Eila Kilpiö
johtaja, professori
Kuluttajatutkimuskeskus

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	LÄÄKEMARKKINAT SUOMESSA JA LÄÄKEVAIHTO	2
3	AINEISTO JA MENETELMÄT	5
4	EMPIIRINEN ANALYYSI LÄÄKEKILPAILUSTA	7
	4.1 Esimerkkejä lääkekilpailusta	7
	4.2 Yksittäisten lääkkeiden hintakehitykseen vaikuttaneet tekijät	10
	4.3 Vaihtokelpoisten lääkkeiden hintahajonta	12
	4.4 Vaihtokelpoisten lääkkeiden hinnanalennusten nopeus	14
5	LOPUKSI.....	15

LÄHDELUETTELO

LIITE

TAULUKKOLUETTELO

TAULUKKO 1.	
Lääkevaihdon toteutuminen (touko-joulukuu 2003, vaihtokelpoiset lääkkeet).....	3
TAULUKKO 2.	
Vaihtokelpoisten lääkkeiden kilpailevien tuotteiden lukumäärä	5
TAULUKKO 3.	
Vaihtokelpoisten lääkkeiden hintakehitykseen vaikuttaneet tekijät.....	11
TAULUKKO 4.	
Substituutioryhmien alimman hinnan prosenttiero ylimmästä hinnasta	13

KUVALUETTELO

KUVA 1.....	
Korvattavien reseptilääkkeiden kustannusten ja kuluttajahintaindeksin kehitys ..	4
KUVA 2.....	
Substituutioryhmä "enaplarisiin" hintakehitys.....	7
KUVA 3.....	
Substituutioryhmä "raniditiinin" hintakehitys.....	9
KUVA 4.....	
Substituutioryhmä "ibuprofeenin" hintakehitys	10
KUVA 5.....	
Vaihtokelpoisten lääkkeiden hinnanalennusten nopeus ja kilpailijoiden lukumäärä.....	14

1 JOHDANTO

Hintakilpailu Suomen lääkemarkkinoilla on ollut perinteisesti vähäistä. Kuluttajat ovat ostaneet lääkkeitä pääasiallisesti lääkärin määräyksen mukaan. Kuluttajan lääkkeestä maksama hinta taas ei ole ollut lääkärille merkittävä lääkkeen valintaan vaikuttava tekijä. Korvattavien lääkkeiden hinnat ovat säännösteltyjä ja näin kilpailun puute ei ole niinkään nostanut yksittäisten lääkkeiden hintoja (Kettunen, 2002), mutta on siirtänyt kysyntää uusiin ja yhä kalliimpiin lääkkeisiin. Näin sekä lääkkeisiin käytettävä kokonaissumma että lääkkeiden keskihinta ovat olleet jatkuvassa nousussa niin Suomessa kuin muissakin länsimaissa. Julkisen sektorin luonnollisena tavoitteena onkin pyrkiä hillitsemään lääkekustannusten nousua tulevaisuudessa (sosiaali- ja terveysministeriö, 2003).

Kilpailutilanne lääkemarkkinoilla muuttui ratkaisevasti 1.4.2003. Tällöin otettiin käyttöön yksi keino lääkekustannuksien kasvun hillitsemiseksi eli lääkevaihto (geneerinen substituuutio). Lääkevaihto tarkoittaa sitä, että apteekki vaihtaa lääkärin määräämän reseptilääkkeen halvempaan, mikäli lääke on vaihtokelpoinen ja mikäli lääkäri tai kuluttaja ei erikseen kiellä vaihtoa. Kilpailullisuuden kannalta kyse on siitä, että ei-patenttisuojattujen alkuperäislääkkeiden erityisasema markkinoilla poistettiin altistamalla ne rinnakkaisvalmisteiden kilpailulle. Lääkevaihto vaikuttaa siis ainoastaan ei-patenttisuojattujen reseptilääkkeiden kilpailuasetelmaan. Lääkevaihdon piiriin kuuluu noin 45 prosenttia lääkemarkkinoista reseptien määrän perusteella tarkasteltuna (osuus on ilmeisesti huomattavasti pienempi myynnin arvolla mitattuna). On myös huomattava, että lääkevaihdon piiriin kuuluu paljon valmisteita, joilla ei ainakaan tällä hetkellä ole yhtään kilpailijaa. Lääkevaihto on laskenut selvästi vaihtokelpoisten lääkkeiden hintoja. Vaihtokelpoisten lääkkeiden hintakehityksen haitari on valtava, sillä joidenkin vaihtokelpoisten lääkkeiden hinnat ovat nousseet ja joidenkin laskeneet jopa yli 80 prosenttia (Apteekkariliitto, 2004).

Lääkemarkkinoiden tutkiminen on tärkeää, koska lääkekustannukset ovat huomattavia ja yhteiskunta maksaa suuren osan kustannuksista. Kun vielä lääke-markkinat ovat Suomessa hyvin säännöstellyt (liite 1) ja esimerkiksi apteekkien markkinoille tulo luvanvaraista, on lääkekilpailun mekanismien tunteminen tärkeää. Tämä tutkimus tarkastelee lääkemarkkinoiden kilpailuympäristön muutoksen vaikutusta yksittäisten lääkkeiden hintoihin. Tarkasteltavana on vaihtokelpoisten lääkkeiden hinnat ja erityisesti, mitkä seikat ovat vaikuttaneet alkuperäislääkkeiden hintojen erisuuruisiin laskuihin. Tarkasteltavana on myös rinnakkaisvalmisteisten lääkkeiden hintojen määräytyminen lääkeryhmän hintaputken sisällä ja ympärillä. Tällä haetaan vastausta kysymykseen, miten hintaputket ohjaavat rinnakkaislääkkeiden hinnoittelua. Tutkimuksen tulokset tuovat lisätietoa lääkemarkkinoiden hinnoittelumekanismista ja kilpailullisuudesta. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää ohjailtaessa lääkemarkkinoiden toimivuutta esimerkiksi kalibroitaessa hintaputkia entistä sopivimmiksi. Näin voidaan pyrkiä lisäämään lääkemarkkinoiden kilpailua ja hillitsemään lääkekustannusten nousua sekä varmistamaan lääkkeiden sujuva vaihdettavuus.

2 LÄÄKEMARKKINAT SUOMESSA JA LÄÄKEVAIHTO

Sosiaali- ja terveysministeriön yhteydessä toimiva lääkkeiden hintalautakunta vahvistaa korvauksen piiriin kuuluvien lääkkeiden tukkuhinnat, joiden perusteella myös vähittäishinnat määräytyvät (valtioneuvoston asetus lääketaksasta 2002/1087). Hintalautakunta ei juuri ole myöntänyt lupaa korvattavien lääkkeiden hintojen nostamiselle. (Tämä on melkoisen luonnollista, sillä kehityskustannukset muodostavat hyvin suuren osan lääkkeen kokonaiskustannuksista. Näin lääkkeen hintaan ei tule sen markkinoilla olon aikana normaalisti kustannuksia korottavia muutoksia. Liite 1 tarkastelee lääkealan sääntelyä.) Huolimatta siitä, että yksittäisten korvattavien lääkkeiden hinnat eivät käytännössä nouse, korvattavien reseptilääkkeiden kustannukset ovat nousseet voimakkaasti viime vuosina, koska markkinoille tulee jatkuvasti uusia ja kalliimpia lääkkeitä.

Lääkevaihto

Kun alkuperäinen lääke korvataan edullisemmalla, lääke valitaan niin sanotusta hintaputkesta. Vaihtokelpoiset lääkevalmisteet on ryhmitelty lääkeaineen, lääke-
muodon, vahvuuden ja pakkauskoon mukaan omiksi substituu-tioryhmikseen. Lääkkeet ovat siis tietyssä substituu-tioryhmässä keskenään vaihdettavia. Jokaiselle ryhmälle on muodostettu hintaputki, jonka alarajan määrää ryhmän halvin lääke. Halvimman lääkkeen lisäksi hintaputkeen pääsevät lääkkeet, joiden hinta on halvimman lääkkeen hinnan mukaan enintään 2 tai 3 euroa hintaputken alarajaa korkeampi. Hintaputkella tavoitellaan sitä, ettei koko kysyntä kohdistuisi halvimpaan lääkkeeseen. Tällöin lääkkeiden menekien ennakoiminen olisi hyvin vaikeaa, koska hinnat tietysti voivat muuttua.

Lääkevaihto on siis aiheuttanut huomattavan muutoksen lääketieteellisuuden kilpailuympäristössä ja toiminut jopa toivottua paremmin. 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 lääkevaihdesta. Lääkäri on kieltänyt lääkevaihdon hyvin harvoin. Huomattavaa on, että noin 87 prosentissa tapauksista myyty vaihtokelpoinen lääke on kuulunut substituu-tioryhmänsä hintaputkeen ja ainoastaan 13 prosentissa tapauksista lääke on ollut hintaputken ulkopuolella. Myös ainoastaan noin 13 prosenttia kaikista vaihtokelpoisista lääkkeistä on ryhmänsä hintaputken ulkopuolella (taulukko 2). Näin lääkevaihdesta kieltäytyneiden kuluttajien osuus on kohtuullisen suuri.

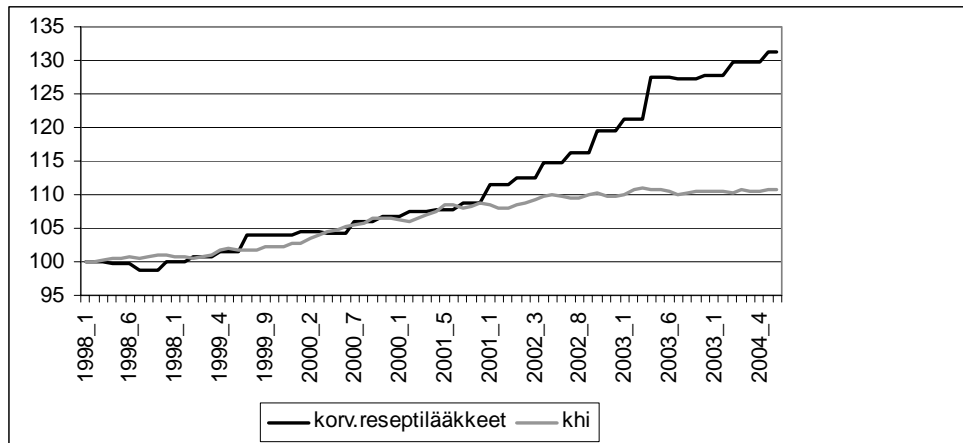
TAULUKKO 1. Lääkevaihdon toteutuminen (touko-joulukuu 2003, vaihtokelpoiset lääkkeet).

	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

Tällä muutoksella on ollut suuri vaikutus sekä kuluttajille lääkkeitä aiheutuneiden kustannusten laskuun että Kelan lääkekorvausten laskuun. Kelan mukaan lääkevaihto toi Kelalle ja kuluttajille yksistään huhtikuussa 2003 – lääkevaihdon ensimmäisenä kuukautena – 5,3 miljoonan euron säästöt. Koska vaihtokelpoisten lääkkeiden hinnat ovat jatkaneet laskuaan huhtikuun 2003 jälkeen, kuukausittainen lääkevaihdon aikaansaama kustannussäästö on yhä kasvanut. Lääkevaihdon ensimmäisen vuoden aikana (4/2003–3/2004) kokonaissäästö oli 88,3 miljoonaa euroa. Kuluttajien osuus kustannussäästöstä oli 39,2 miljoonaa euroa ja Kelan 49,1 miljoonaa euroa. Kustannusten lasku on toteutunut kahta kautta. Ensinnäkin alkuperäislääkkeet ovat menettäneet markkinaosuuttaan, kun niitä on korvattu halvemmilla rinnakkaislääkkeillä ja toisaalta vaihtokelpoisten lääkkeiden hinnat ovat laskeneet.

Lääkevaihto ei ole pystynyt kuitenkaan kääntämään lääkekustannusten kokonaissumman nousua laskuun (kuva 1). Syynä tähän on se, että suuri osa lääkkeitä on patenttisuojattuja, ja etenkin se, että markkinoille tulee koko ajan uusia ja kalliimpia lääkkeitä. Tosin kustannusten nousu on hidastunut: vuonna 2002 korvausmenot kasvoivat 12 prosenttia ja vuonna 2003 vajaat 7 prosenttia (huomaa, että lääkevaihto alkoi vasta huhtikuussa 2003 ja siten vaikutti vain osaan vuotta).



KUVA 1. Korvattavien reseptilääkkeiden kustannusten ja kuluttajahintaindeksin kehitys.

Lähde: Tilastokeskus

Lääkevaihto on muuttanut myös lääkeyritysten välistä kilpailuasetelmaa. Suurimpia menettäjiä ovat olleet alkuperäislääkkeiden edustajat, kuten Orion Pharma ja Suomen MSD. Suurimmat voittajat ovat puolestaan olleet pienet rinnakkaistuontiin tai kopiolääkkeiden valmistukseen erikoistuneet yritykset, kuten Paranova ja Ratiopharma. Pääosa alkuperäislääkkeiden valmistajista onkin kasvatanut myös kopiolääkkeidensä valikoimaa.

3 AINEISTO JA MENETELMÄT

Tämä tutkimus tarkastelee lääkkeiden hintakehitystä ajassa. Tarkasteluperiodi on maaliskuusta 2003 huhtikuuhun 2004. Aineisto sisältää jokaisen kuukauden ensimmäisen päivän hinnat. Kaikkiaan lääkelaitoksen tuotelistassa on lähes 10 000 eri tuotetta. Tässä tutkimuksessa ei kuitenkaan tarkastella näiden kaikkien tuotteiden hintoja, vaan keskitytään vaihtokelpoisiin lääkkeisiin. Vaihtokelpoisia lääkkeitä oli huhtikuussa 2004 noin 2 100. Osa näistä on kuitenkin sellaisia, ettei niillä ollut markkinoilla kilpailevaa tuotetta eli toista lääkettä, joka kuuluisi samaan substituutioryhmään (taulukko 2). Tällaisia ryhmiensä ainoita lääkkeitä oli peräti 502. Ilmeisesti kuitenkin näiden 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 substituutioryhmässä oli yksitoista kilpailijaa vuoden 2004 huhtikuussa.

TAULUKKO 2. Vaihtokelpoisten lääkkeiden kilpailevien tuotteiden lukumäärä.

Lääkkeiden lukumäärä substituutioryhmässä	Lääkkeiden lukumäärä	Ryhmiä 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

Taulukko 2 paljastaa kilpailun valtavan merkityksen lääkkeiden hintakehitykseen. Mikäli substituu tioryhmässä on vain yksi lääke, tämän hinta on keskimäärin laskenut 1,5 prosenttia tarkasteluperiodilla.¹ Kahden kilpailevan tuotteen ryhmässä keskimääräinen alennus on 3,5 prosenttia. Kun kilpailijoita on ollut kolme, hinnat ovat laskeneet 6,6 prosenttia. Kun tarkastellaan ryhmiä, joissa kilpailijoita on enemmän, hinnat laskevat yhä enemmän. Niissä ryhmissä, joissa kilpailijoita on ollut kymmenen ja yksitoista, hinnat ovat laskeneet peräti 52,5 ja 42,2 prosenttia. Lisääntynyt kilpailijoiden lukumäärä laskee siis selvästi lääkkeiden hintaa kyseisessä ryhmässä. Ehkä yllättävintä edellä olevissa tuloksissa on se, että muutaman kilpailijan vaikutus verrattuna kymmeneen tai yhteentoista kilpailijaan on niin pieni. Etukäteen olisi voinut olettaa, että kun kilpailijoita on esimerkiksi viisi, sen jälkeen hinnat eivät enää juurikaan laske. Näin ei kuitenkaan ole.

Tutkimuksen empiirisessä analyysissä tarkastellaan yksittäisten lääkkeiden hintakehitystä kahdella tavalla. Ensiksi näytetään esimerkkejä hintakehityksestä muutamissa substituu tioryhmissä. Ryhmät on valittu siten, että niihin kuuluu paljon myytyjä lääkkeitä. Tutkimuksen varsinainen analyysi tehdään tarkastelemalla regressioanalyysin avulla eri tekijöiden vaikutusta vaihtokelpoisten lääkkeiden hintakehitykseen. Lisäksi tarkastellaan lääkevaihdon vaikutusta hintahajontaan ja lääkevaihdon aikaansaaman hintojen laskun nopeutta.

¹ 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.

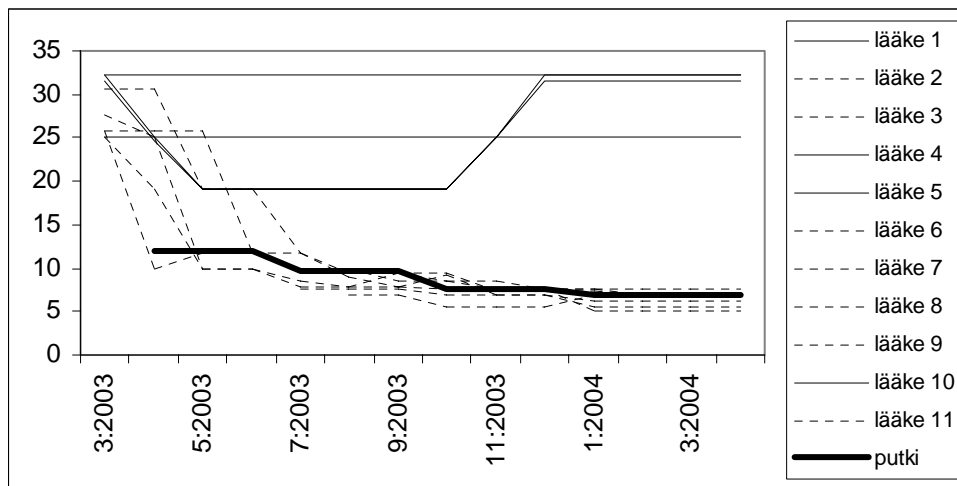
4 EMPIIRINEN ANALYYSI LÄÄKEKILPAILUSTA

4.1 Esimerkkejä lääkekilpailusta

Esimerkki enalapriili

Ensimmäisessä esimerkissä lääkekilpailusta on substituutioryhmä, johon kuuluu eniten vaihtokelpoisia lääkkeitä eli yksitoista. Kyseessä on pääasiassa verenpainelääke, jonka vaikuttavana aineena on enalapriili. Ensimmäisellä tarkasteluhetkellä maaliskuussa 2003 – juuri ennen lääkevaihdon alkua – substituutioryhmän 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 kopiolääkkeellään, jonka hinta laski 9,90:een euroon (aiempi hinta 25,20 euroa).

Hintaputken yläraja (vaihdeettava 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 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 substituutioryhmän lääkkeiden hinnoista laski putken ylärajan mukana.



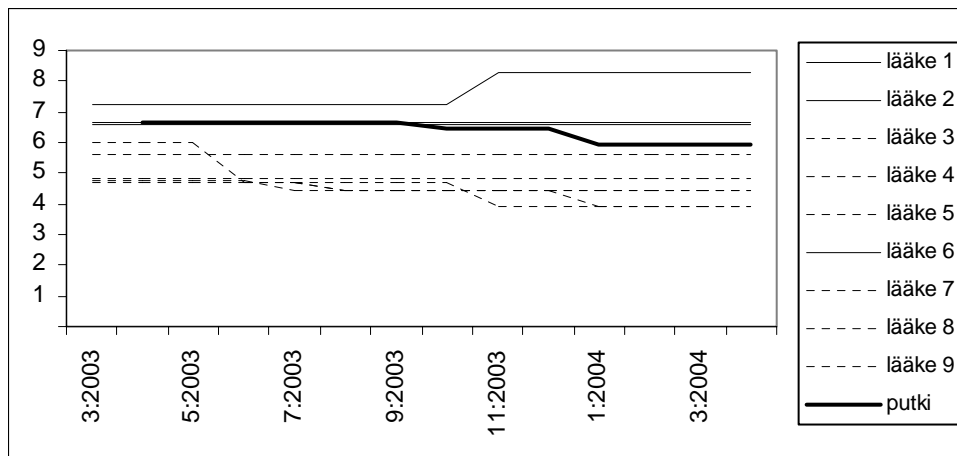
KUVA 2. Substituutioryhmä ”enalapriilin” hintakehitys.

Kilpailutilanne kyseisessä ryhmässä ei tietysti ole keskimääräinen suhteessa kaikkiin vaihtokelpoisiin lääkkeisiin, koska ryhmässä on kaikkein eniten kilpailevia tuotteita. Tästä huolimatta kyseinen ryhmä kuvastaa hyvin lääkevaihdon 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 ei osta kuin jostain syystä lääkevaihdon ulkopuolelle jäävät asiakkaat. Taulukosta 1 nähdään, 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 prosenttia vaihtokelpoisten lääkkeiden markkinoista. Näissä tapauksissa lääkkeen hinta ei selvästikään vaikuta ostopäätökseen eli silloin hinta laitetaan mahdollisimman korkeaksi. Muut vaihtokelpoisten lääkkeiden markkinat – lähes 90 prosenttia – jakautuvat siis hintaputkessa olevien lääkkeiden kesken.

Esimerkki raniditiini

Toinen esimerkkiryhmä sisältää myös paljon kilpailijoita eli yhdeksän. Kyseisen ryhmän vaikuttava aine on raniditiini, jota käytetään närästyksen ja liihakappoisuuden hoitoon. Ensimmäisellä tarkasteluhetkellä – maaliskuussa 2003 – juuri ennen lääkevaihdon alkua alin hinta tässä ryhmässä oli 4,68 ja ylin hinta 7,27 euroa. Hieman yllättäen lääkkeiden hinnat eivät muuttuneet ollenkaan lääkevaihdon alkaessa huhtikuussa 2003. Hintaputken ylärajaksi muodostui 6,68 euroa ja peräti seitsemän ryhmän lääkkeistä mahtui hintaputkeen. Ensimmäinen hinnanalasku ryhmässä tapahtui kesäkuussa 2003. Hintaputken yläraja laski hieman sekä loka-kuussa 2003 että tammikuussa 2004. Yhä edelleenkin peräti kuusi lääketta mahtui hintaputkeen juurikaan hintoja laskematta. Ryhmän lääkkeiden hinnat eivät olekaan laskeneet kuin hyvin vähän lääkevaihdon aikana. Ryhmän kalleimman lääkkeen hinta jopa nousi marraskuussa 2003.

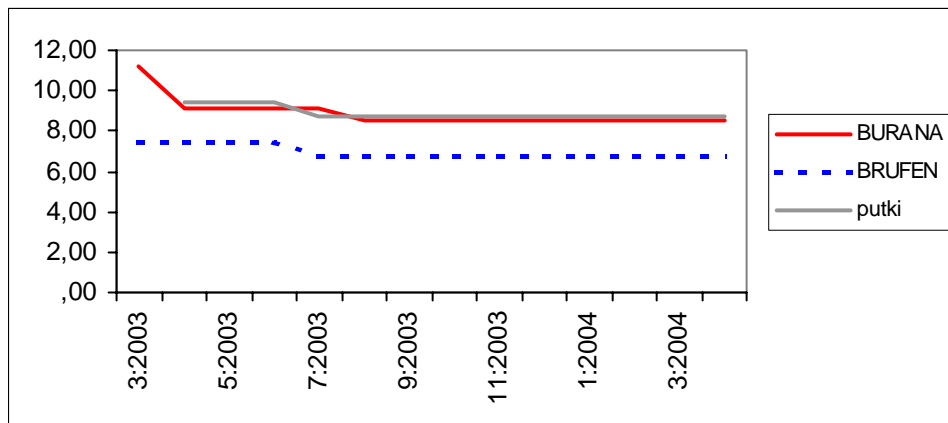


KUVA 3. Substituutioryhmä "raniditiinin" hintakehitys.

Syitä tämän ryhmän lääkkeiden pieneen hintojen laskuun on ainakin kaksi. Ensinnäkin ryhmään kuuluvia lääkkeitä voi ostaa myös ilman reseptiä. Lääkevaihto ei suoranaisesti koske ilman reseptiä ostettuja lääkkeitä. Farmaseutti voi ehdottaa kalliimman lääkkeen vaihtamista edullisempaan, mutta hänen ei ole tehtävä sitä, vaikka ostettu tuote ei olisikaan hintaputkessa. Toinen syy vaatimattomaan hintojen laskuun on hintaputken leveys. Hintaputken yläraja on 2 euroa ryhmän alimmasta hinnasta kaikilla alle 40 euroa maksavilla lääkkeillä. Kahden euron levyinen hintaputki on kuitenkin prosentteina hyvin leveä edullisissa lääkeryhmissä kuten tässä esimerkissä. Tästä seuraa, että halvinta lääkettä prosentteina huomattavasti kalliimmat lääkkeet mahtuvat hintaputken sisälle, eikä lääkeryhmässä muodostu kannustetta laskea hintoja.

Esimerkki ibuprofeeni

Kolmas esimerkkiryhmämme sisältää kaksi lääkettä – Buranan ja Brufenin. Vaikuttavana aineena näissä lääkkeissä on ibuprofeeni. Kyseisiä lääkkeitä 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 laski 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 tarkastelu-periodilla Buranan hinta kuitenkin jo laski 8,56 euroon eli 17 senttiä putken ylärajan alle. Tämän jälkeen kyseisillä lääkkeillä ei ole ollut hintamuutoksia.



KUVA 4. Substituutioryhmä "ibuprofeenin" hintakehitys.

4.2 Yksittäisten lääkkeiden hintakehitykseen vaikuttaneet tekijät

Seuraavaksi tarkastellaan regressioanalyysin avulla, mitkä tekijät ovat vaikuttaneet yksittäisten vaihtokelpoisten lääkkeiden hyvinkin erisuuruisiin hinnanalennuksiin. Taulukosta 2 jo näimme, että kilpailijoiden lukumäärä on hyvin tärkeä hintakehitykseen vaikuttava tekijä. Edellä esitetyt esimerkit osoittivat, ettei kilpailijoiden lukumäärä ole kuitenkaan ainoa hintakehitykseen vaikuttava tekijä, vaan lääkkeiden hinnat voivat kehittyä hyvin erilaisesti myös suurin piirtein saman verran tuotteita sisältävissä ryhmissä ja jopa tietyn ryhmän sisällä.

Taulukko 3 kertoo regressioanalyysin tulokset, kun hintakehitystä selitetään kilpailijoiden lukumäärällä, substituutioryhmän alkuperäisellä keskihinnalla, substituutioryhmän koolla ja sillä, onko valmiste alkuperäislääke. 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 substituutioryhmässä laskee lääkkeiden hintoja. Kilpailijoiden lukumäärän vaikutus on kuitenkin erilainen keskihinnaltaan alhaisissa ja korkeammassa substituutioryhmissä. Taulukossa substituutioryhmät on jaettu maaliskuun 2003 keskihinnan mukaan neljään eri ryhmään: keskihinnaltaan alle 6 euron ryhmät, 6–12 euron ryhmät, 12–18 euron ryhmät ja yli 18 euron ryhmät. Mikäli ryhmän keskihinta on ollut alle 6 euroa, yksi kilpailija laskee ryhmään kuuluvien lääkkeiden hintaa keskimäärin 2,7 prosenttiyksikköä. Mikäli ryhmän keskihinta on ollut 6–12 euroa, yksi kilpailija laskee ryhmään kuuluvien lääkkeiden hintaa keskimäärin 4,7 prosenttiyksikköä. Kun keskihinta on ollut 12–18 euroa, yksi kilpailija laskee ryhmään kuuluvien lääkkeiden hintaa keskimäärin 5,8 prosenttiyksikköä. Yli 18 euron keskihintaisissa ryhmissä yksi kilpailija laskee ryhmään kuuluvien lääkkeiden hintaa keskimäärin 5,6 prosenttiyksikköä. Toisin sanoen kilpailijoiden

lukumäärän vaikutus on pienempi niissä ryhmissä, joissa keskihinta on alhainen, kuin korkeamman keskihinnan ryhmissä.

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)². 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 kalliissa lääkkeissä. Näin hintaputken ulkopuolella olevien lääkkeiden hintojen täytyy laskea prosentuaalisesti lähemmäs substituuтиoryhmän alinta hintaa kalliissa substituuтиoryhmissä verrattuna halvempiin substituuтиoryhmiin. Vaihtokelpoisten lääkkeiden hintojen vaihteluvälähän on valtava. Lähes 10 prosenttia substituuтиoryhmien keskihinnoina oli huhtikuussa 2004 alle 5 euroa ja noin 28 prosenttia alle 10 euroa. Näissä tapauksissa hintaputken leveys on siis useita kymmeniä prosentteja substituuтиoryhmän alimmasta hinnasta. Noin 9 prosenttia substituuтиoryhmien keskihinnoina oli puolestaan yli 100 euroa. Tällöin hintaputken leveys on alle 3 prosenttia substituuтиoryhmän keskihinnasta.

TAULUKKO 3. Vaihtokelpoisten lääkkeiden hintakehitykseen vaikuttaneet tekijät.

Selittävä muuttuja:	Selitettävä muuttuja: hinnan muutos	
	kerroin	merkitsevyystaso
Vakio	106.9	
Kilpailijoiden lkm (alle 6 euron ryhmä)	-2.73	0.00
Kilpailijoiden lkm (6–12 euron ryhmä)	-4.73	0.00
Kilpailijoiden lkm (12–18 euron ryhmä)	-5.82	0.00
Kilpailijoiden lkm (yli 18 euron ryhmä)	-5.64	0.00
Alkuperäislääke (kilp. lkm > 4)	9.52	0.00
Alkuperäislääke (kilp. lkm ≤ 4)	-1.64	0.02
R ²	0.41	

² Edellä mainittu oletus, jonka mukaan substituuтиoryhmien keskihinnat ennen lääkevaihdon alkua ovat määräytyneet kustannusten eikä kilpailullisuuden perusteella, on tärkeä myös kyseisen regressiomallin estimoinnin kannalta. Malli on estimoitu PNS-menetelmällä. Tämän menetelmän oletuksena on, ettei selitettävä muuttuja (hinnan muutos) vaikuta selittäviin muuttujiin. Mikäli kuitenkin substituuтиoryhmien alkuperäiset keskihinnat ovat määräytyneet kilpailullisuuden perusteella, on oletettavaa, että korkeiden katteiden ryhmät ovat houkutteleet paljon kilpailijoita. Tällöin osasyys suuriin hintojen laskuihin olisi alunperin korkeat katteet. Näin mallin ilmoittamat arvot kilpailijoiden lukumäärän vaikutuksesta hintojen laskuun olisivat liian suuret.

Kolmas yksittäisten lääkkeiden hintoihin selvästi vaikuttava tekijä on se, onko kyseessä alkuperäislääke³. Tämän tekijän vaikutus ei ole kuitenkaan samansuuntainen pienissä ja suurissa substituuтиoryhmissä. Yllä esitetyissä esimerkeissä nähtiin, että substituuтиoryhmien kalleimmat lääkkeet pysyvät kalliina suuressa substituuтиoryhmässä. Sen sijaan pienessä substituuтиoryhmässä kalliin lääkkeen hinta laskee hintaputken sisälle. Tämä pätee yleisemminkin. Kun kilpailijoita on neljä tai vähemmän, alkuperäislääkkeen hinta on laskenut jopa enemmän kuin muiden lääkkeiden. Näissä ryhmissä alkuperäislääkemuuttuja saa arvon -1,6 ja on tilastollisesti merkitsevä. Vähän kilpailijoita sisältävissä substituuтиoryhmissä alkuperäislääkkeiden hinnat ovat siis laskeneet 1,6 prosenttia enemmän kuin muiden lääkkeiden hinnat. Alkuperäislääkemuuttujan vaikutus on päinvastainen – ja hyvin voimakas – suurissa substituuтиoryhmissä. Näissä substituuтиoryhmissä alkuperäislääkkeiden hinnat ovat laskeneet peräti 9,5 prosenttia vähemmän kuin muiden lääkkeiden.

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

4.3 Vaihtokelpoisten lääkkeiden hintahajonta

Seuraavaksi tarkastelemme lääkevaihdon vaikutusta substituuтиoryhmien sisäiseen hintahajontaan. Hintahajonnan mittarina käytetään tässä tutkimuksessa yksinkertaisesti substituuтиoryhmän alimman hinnan prosentuaalista eroa ylimmästä hinnasta. Taulukko 4 sisältää substituuтиoryhmien hintahajonnat kilpailijoiden lukumäärän mukaan ennen lääkevaihdon alkua maaliskuussa 2003 ja vuosi lääkevaihdon alun jälkeen huhtikuussa 2004.

³ Käytettävissämme ei ole ollut kattavaa listaa alkuperäislääkkeistä. Olemmekin määritelleet ryhmänsä kalleimmat lääkkeet maaliskuussa 2003 alkuperäislääkkeiksi. Käsittääksemme määrittely on valtaosin oikea, mutta mukana on myös ryhmiä, joissa kallein lääke on rinnakkaislääke.

TAULUKKO 4. Substituutioryhmien alimman hinnan prosenttiero ylimmästä hinnasta.

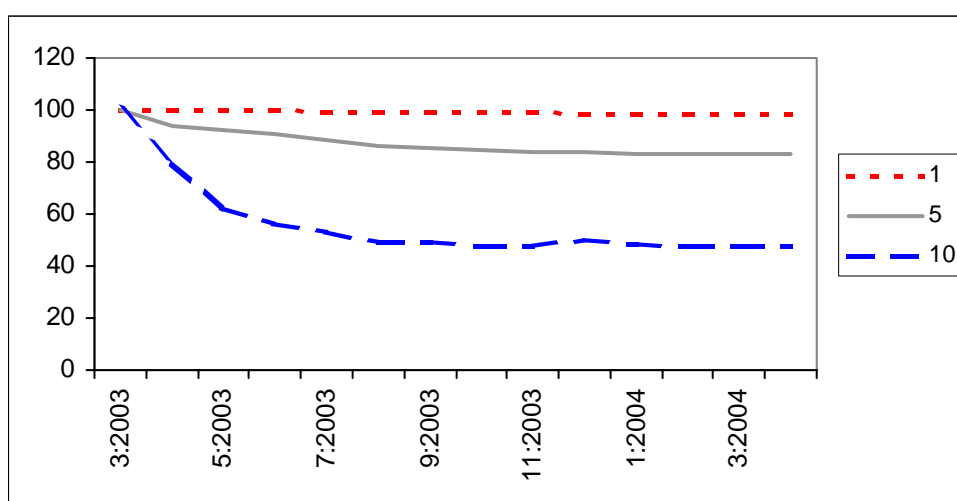
Kilpailijoiden lukumäärä	Hajonta 3/2003	Hajonta 4/2004
1	0	0
2	8,5	8,3
3	18,7	17,9
4	28,3	25,9
5	28,5	38,6
6	31,1	42,7
7	34,0	56,3
8	38,3	60,2
9	36,1	62,2
10	34,5	80,2
11	21,6	84,5

Kuten taulukosta 4 nähdään, kaksi, kolme tai neljä tuotetta sisältävien substituutioryhmien keskimääräinen hintahajonta on pienentynyt lääkevaihdon aikana. Substituutioryhmän kalleimman ja halvimmän hinnan ero on siis pienentynyt näissä ryhmissä. Tämä johtuu 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 viisi tai enemmän. Näissä substituutioryhmissä hintahajonta on kasvanut selvästi. Kyse on siitä, että ryhmän alunperinkin kalleimpien lääkkeiden hinnat ovat laskeneet lääkevaihdon voimaantultua vähemmän kuin halvimpien lääkkeiden hinnat⁴. On kiintoisaa, että 8–11 kilpailijaa sisältävissä ryhmissä kalleimman ja halvimmän lääkkeen erot ovat niinkin suuria kuin 60–85 prosenttia. Tämä tarkoittaa, että näissä ryhmissä halvimmän lääkkeen hinta on 60–85 prosenttia alempi kuin kalleimman (tai toisin sanottuna kalleimman lääkkeen hinta 150–560 prosenttia korkeampi kuin halvimmän). 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.

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

4.4 Vaihtokelpoisten lääkkeiden hinnanalennusten nopeus

Tähän mennessä ollaan nähty yksittäisten lääkkeiden hintoihin vaikuttavat tekijät ja tarkasteltu substituutioryhmien sisäistä hintahajontaa. Lopuksi tarkastellaan lääkkeiden hintojen laskujen nopeutta. Tällöin nähdään, ovatko vaihtokelpoisten lääkkeiden hinnat sopeutuneet jo kokonaan lääkevaihdon lisäämään kilpailuun vai ovatko kyseisten lääkkeiden hinnat yhä laskussa. Kuva 5 näyttää keskimääräisen lääkkeiden hintakehityksen ryhmissä, joissa lääkkeitä on yksi, viisi ja kymmenen. Hintakehitys kyseisissä ryhmissä kuvastaa myös hintakehitystä muissakin ryhmissä melko hyvin.



KUVA 5. Vaihtokelpoisten lääkkeiden hinnanalennusten nopeus ja kilpailijoiden lukumäärä.

Vaihtokelpoisten lääkkeiden hinnat ovat laskeneet melko nopeasti. Suurin osa hintojen laskusta tapahtui lääkevaihdon kahden ensimmäisen kuukauden aikana toukokuuhun 2003 mennessä. Hinnat laskivat vielä jonkin verran muutaman seuraavan kuukauden aikana, mutta elokuun 2003 jälkeen vaihtokelpoisten lääkkeiden hinnat eivät juuri ole laskeneet.⁵ Voidaan 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. Voidaan olettaa, että näissä lääkeryhmissä hinnat tulevat laskemaan edellä kuvatun mukaisesti.

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

5 LOPUKSI

Tässä tutkimuksessa on tarkasteltu lääkevaihdon aikaansaamaa kilpailuympäristön muutoksen vaikutusta vaihtokelpoisten lääkkeiden hintoihin. Jo aiemmin on tiedetty lääkevaihdon laskeneen hintoja yllättävänkin paljon (Apteekkariliitto, 2004). Tässä tutkimuksessa ollaan tarkasteltu yksittäisten vaihtokelpoisten lääkkeiden erisuuruisiin hintojen laskuihin vaikuttavia tekijöitä.

Tutkimuksen ilmeisin tulos on se, että kilpailijoiden lukumäärän lisääntyminen substituuuoriyhmässä 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 substituuuoriyhmässä, 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 prosenttia kalliimmat lääkkeet mahtuvat hintaputkeen. Pahinta ei ole se, että ”liian kalliit” tuotteet mahtuvat hintaputkeen, vaan se, että liian leveä hintaputki poistaa insentiivin laskea hintoja alas: jos kuitenkin lähes kaikki ryhmän tuotteet mahtuvat putkeen, miksi kukaan laskisi hintoja. Hintaputken pitäisikin olla selvästi kapeampi kuin 2 euroa hinnoillaan alhaisissa substituuuoriyhmässä.

Toinen tärkeä tulos on se, että alkuperäislääkkeiden hintakehitys on ollut hyvin erilainen pienissä ja suurissa substituuuoriyhmässä. Lääkevaihdon toisena ongelmana on, että paljon kilpailijoita sisältävien substituuuoriyhmien 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).

Joissain EU-maissa (Saksa, Tanska, Hollanti ja Ruotsi) on käytössä niin sanottu ”viitehintajärjestelmä”. Ruotsissa kyseinen järjestelmä tarkoittaa sitä, että yhteiskunta ei korvaa yli 10 prosenttia substituuuoriyhmän alinta hintaa kalliimpia lääkkeitä. Tällainen järjestelmä voisi Suomessakin saada alkuperäislääkkeiden hinnat laskemaan. Yritysten todellinen käyttäytyminen markkinoilla voi olla kuitenkin hyvin vaikeasti ennakoitavissa. Ruotsin lääkemarkkinoita on tutkittu kohtuullisen paljon (esim. Aronsson, Bergman ja Rudholm, 2001; Bergman ja Rudholm, 2003) ja ainakin joissakin lääkeryhmässä viitehintajärjestelmä ei olekaan laskenut alkuperäislääkkeiden hintoja, vaan pitänyt geneeristen lääkkeiden hinnat ylhäällä. Syynä on ollut se, että kyseinen järjestelmä normaalisti pakottaa laskemaan alkuperäislääkkeen hinnan lähelle substituuuoriyhmän 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).

Kyseisen järjestelmän vaikutukset eivät siis ole mitenkään itsestään selvät. Toisaalta kuitenkin paljon kilpailijoita sisältävien substituutioryhmien alkuperäislääkkeiden hinnat pitäisi saada laskemaan alemmalle tasolle. Toivottavasti pystytään tarkastelemaan tulevaisuudessa kyseistä problematiikkaa vertailemalla lääkekilpailua Suomessa ja Ruotsissa.

LÄHDELUETTELO

- Apteekkariliitto (2004): *Lääkevaihto laskenut tuntuvasti lääkkeiden hintoja*, 2.4.2004, www.apteekkariliitto.fi.
- Aronsson, Thomas; Mats Bergman ja Niklas Rudholm (2001): "The impact of generic drug competition on brand name market shares – Evidence from micro data", *Review of Industrial Organization*, Vol 19, 425–435.
- Bergman, Mats ja Niklas Rudholm (2003): "The relative importance of actual and potential competition: Empirical evidence from the pharmaceutical markets", *Journal of Industrial Economics*, Vol L1, 455–467.
- Kettunen, Kirsi (2002): "Lääkkeiden hintakehitys", teoksessa *Lääkkeet ja terveys 2002*, Lääketietokeskus Oy.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2003): *Lääkepolitiikka 2010*.

Lääkealan sääntely

Lääke- ja apteekkiala on hyvin säännöstelty. Huhtikuun 1. päivänä 1994 voimaan tulleella sairausvakuutuslailla muutettiin aikaisempi käytäntö lääkkeiden hinnantarkistuksen menettelyä. Lainmuutoksella lääkkeiden myyntiluvan myöntäminen ja hinnan määrittely erotettiin toisistaan. Myyntiluvan myöntäminen annettiin lääkelaitokselle ja sosiaali- ja terveysministeriön yhteydessä toimiva lääkekorvauslautakunta hyväksyi lääkkeiden kohtuullisen tukkuhinnan. Lääkekorvauslautakunnan tehtäviä annettiin myöhemmin lääkkeiden hintalautakunnalle. Lääkkeiden hintalautakunta toimii sosiaali- ja terveysministeriössä vakuutusosaston yhteydessä.

Jos valmistaja haluaa lääkkeen, lääkevalmisteen, kliinisen ravintovalmisteen tai perusvoiteen SV-korvattavuuden piiriin, on lääkkeelle haettava ns. kohtuullista tukkuhintaa. Kohtuullisen tukkuhinnan anomuksen käsittelee sosiaali- ja terveysministeriön alaisuudessa toimiva hintalautakunta. Kohtuullista tukkuhintaa määritettäessä otetaan huomioon mm. jo markkinoilla olevien saman taudin hoitoon käytettävien lääkkeiden tukkuhinnat ja hoidon hinta kyseisellä lääkkeellä verrattuna jo käytössä olevien hoitokäytäntöjen kustannuksiin. Kun lääkkeelle on vahvistettu kohtuullinen tukkuhinta, voidaan siitä maksaa sairausvakuutuskorvausta Kansaneläkelaitoksen ohjeiden mukaan. Lähtökohtana SV-korvauksia laskettaessa on aina lääkkeen vähittäishinta.

Lääkkeiden myyntihinta

Lääkkeen myyntihinta puolestaan määräytyy tukkuhinnan ja lääketaksan perusteella myytäessä lääkkeitä apteekista, sivuapteekista tai lääkekaapista. Lääketaksa koskee niin reseptilääkkeitä kuin käsikauppalääkkeitäkin. Lääketaksaa voidaan luonnehtia matemaattiseksi kaavaksi, joka määrittää tukkuhinnan, kertoimen ja mahdollisen erillisen lisän perusteella lopullisen myyntihinnan. Lääkelain 58. §:n mukaan valtioneuvosto vahvistaa lääketaksan. Lääkehintojen lisäksi määrätään erikseen eri lääkemuotojen hintasuhteista.

Lääkkeiden myynti muodostaa apteekkien myynnistä yli 95 prosenttia. Käytännössä lääketaksa määrittelee kokonaan lääkkeiden myynnistä saatavan katteen. Siksi lääketaksa on apteekkien kannattavuuden kannalta yksi keskeisimmistä tekijöistä.

Apteekkimaksu

Lääketaksan lisäksi apteekkien talouteen vaikuttaa keskeisesti apteekkimaksu, jonka yksityiset apteekit maksavat valtiolle ja yliopistoapteekit omistajayliopistollaan. Apteekkimaksun suuruus perustuu liikevaihtoon ja se on progressiivinen (0–11 % liikevaihdosta). Käytännössä apteekkimaksujärjestelmä tarkoittaa

sitä, että lääkehintojen ollessa maan kaikissa apteekeissa samat, pieni apteekki saa lääkkeen hinnasta hieman isomman siivun kuin iso apteekki. Näin mahdollistetaan pienten apteekkien toiminta ja koko maan kattava apteekkiverkosto.

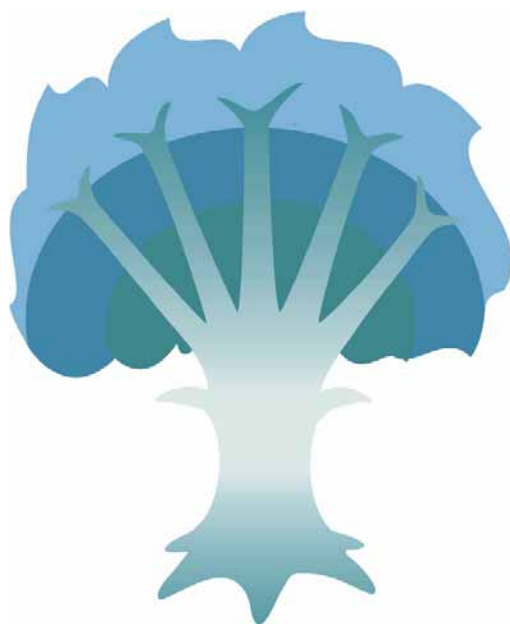
Geneerinen substituuutio

Huhtikuussa 2003 tuli voimaan lääkevaihtolaki eli ns. geneerinen substituuutio. Vaihdon piiriin kuuluvat valmisteet ovat Lääkelaitoksen vaihtokelpoiseksi hyväksymiä ja hinnaltaan niiden on oltava riittävän edullisia.

Geneerinen substituuutio tarkoittaa sitä, että apteekin on tarjottava ostajalle vastaavaa, samaa lääkeainetta sisältävää halvempaa valmistetta. Kaikille lääkkeille ei kuitenkaan ole vaihtokelpoista valmistetta. Vaihdon piirissä onkin alle kolmannes koko lääkevalikoimasta. Vaihtomahdollisuus koskee suhteellisen vanhoja valmisteita, joiden patenttiaika on jo umpeutunut.

KULUTTAJATUTKIMUSKESKUKSEN JULKAISUJA -SARJA 2003–2004

- 2004:6 Aalto-Setälä, V., Saarinen, P.**
Kilpailun vaikutus lääke­markkinoilla
- 2004:5 Aalto-Setälä, V., Nikkilä, M., Pagoulatos, E.**
Elintarvikkeiden hintaerojen syyt Euroopan maiden välillä
- 2004:4 Piironen S., Niva, M., Mäkelä, J.**
Luottavaiset suomalaiset? Kuluttajien näkemykset ruoan turvallisuudesta
- 2004:3 Järvinen, R., Heino, H.**
Kuluttajien palvelukokemuksia vakuutus- ja pankkisektorilta
- 2004:2 Tuorila, H.**
Yli 50-vuotiaat Internet-palvelujen käyttäjinä
- 2004:1 Timonen, P., Mäkelä, J., Niva, M., Hyvönen, K., Vesmanen, E.**
Tulevaisuuden keittiö
-
- 2003:14 Kytö, H., Aatola, L., Tuorila, H., Lehtinen, A-R.**
Kauas kaikki karkaa – vai karkaako? Palvelut tietoyhteiskunnassa -tutkimuskokonaisuuden yhteenvetoraportti
- 2003:13 Kytö, H., Aatola, L., Tuorila, H.**
Palvelut tietoyhteiskunnassa -tutkimuskokonaisuuden loppuraportti
- 2003:12 Isoniemi, M.**
Kuluttajien juustovalinnat kaupassa
- 2003:11 Aalto, K.**
Kuka pesee Suomen pyykit? Tekstiilienhoito kotitalouksissa ja tekstiilienhoitopalvelut
- 2003:10 Hyvönen, K.**
Ruokaa netistä – Sähköinen päivittäistavarakauppa kuluttajien arjessa
- 2003:9 Niva, M., Mäkelä, J., Piironen, S.**
Kotimaisia marjoja ja kasvistanoleja. Terveysvaikutteisten elintarvikkeiden hyväksyttävyy­ys Suomessa
- 2003:8 Heiskanen, E., Timonen, P.**
Kohti kestävä­ä tietoyhteiskuntaa? Päivittäistavaroiden verkkokaupan osallistuvan ja rakentavan teknologian arvioinnin kokeilu
- 2003:7 Tuorila, H., Kytö, H.**
Yhteistyöllä parempaan palveluun? Kuntapäätäjien näkemykset kunnan nykyisestä ja tulevasta palvelutarjonnasta
- 2003:6 Järvelä, K.**
”Kahdeksikon antaisin arvosanaksi...” – Kuluttajien ja suurtalousalan ammattilaisten näkemyksiä suurtalousperunan laadusta
- 2003:5 Repo, P., Hyvönen, K., Pantzar, M., Timonen, P.**
Mobile video
- 2003:4 Kytö, H., Aatola, L., Lehtinen, A-R.**
Kotitalouksien palvelutarpeet ja palvelujen käyttö – Tutkimus kolmella aluerakenteeltaan erilaisella seudulla
- 2003:3 Järvinen, R., Saarinen, P.**
Kaupan suuryksiköiden kilpailuvaikutusten arviointi – Kirkkonummen Prisma arviointikehikossa
- 2003:2 Repo, P., Hyvönen, K., Pantzar, M., Timonen, P.**
Mobiili video
- 2003:1 Römer-Paakkanen, T., Pentikäinen, A.**
Paperisodasta ulosottoon – Tutkimus rauenneista velkajärjestelyistä velallisen kokemana



KULUTTAJATUTKIMUSKESKUS

PL 5 (Kaikukatu 3)

00531 HELSINKI

Puh. (09) 77 261

Faksi (09) 7726 7715

www.kuluttajatutkimuskeskus.fi