

Rapport 2006-049

**E-handel:  
Nye distribusjons-  
former for legemidler**

# **E-handel: Nye distribusjons- former for legemidler**

Utarbeidet for  
Apotekforeningen



# Innhold:

|   |    |
|---|----|
| SAMMENDRAG.....   | 5  |
| 1 INNLEDNING .....  | 11 |
| 1.1 Drivkrefter for nye løsninger .....                               | 11 |
| 1.2 Problemstilling.....  | 12 |
| 1.3 Tema og struktur.....   | 13 |
| 1.4 Prosess og metode.....  | 14 |
| 1.5 Avgrensninger og definisjoner.....                                | 15 |
| 1.5.1 Fokus på nye distribusjonsformer mellom apotek og sluttbruker.. | 15 |
| 1.5.2 Fokus på hovedkonsekvenser .....                                | 16 |
| 1.5.3 Forutsetninger knyttet til innføring av e-resept .....          | 16 |
| 2 ENDRINGER I DISTRIBUSJONSREGULERINGER.....                          | 17 |
| 2.1 Hvem skal kunne sende legemidler? .....                           | 17 |
| 2.2 Hvilke legemidler skal kunne sendes?.....                         | 18 |
| 2.3 Hvordan kan handelen reguleres?.....                              | 19 |
| 2.4 Hva kan skje med refusjonsordningene? .....                       | 22 |
| 3 MARKEDETS RESPONS .....   | 25 |
| 3.1 Markedskrefter.....   | 25 |
| 3.2 E-handel - et alternativ som kan endre markedet .....             | 26 |
| 3.3 Eksisterende aktører agerer.....                                  | 29 |
| 3.4 Muligheten for nyetablering øker .....                            | 30 |
| 3.5 Kundene vil på sikt benytte tilbudet .....                        | 31 |
| 3.6 Leverandørene kan bli mer aktive .....                            | 36 |
| 4 KONSEKVENSER FOR LEGEMIDDELPOLITISKE MÅL.....                       | 37 |
| 4.1 Legemiddelpolitiske mål og apotekenes rolle .....                 | 37 |
| 4.2 Argumenter i debatten .....                                       | 38 |
| 4.3 Tilgjengelighet til legemidler.....                               | 39 |
| 4.3.1 Direkte konsekvenser av økt forsendelsesadgang .....            | 40 |
| 4.3.2 Indirekte konsekvenser på apoteknettets.....                    | 41 |
| 4.4 Sikkerhet og riktig bruk .....                                    | 47 |
| 4.4.1 Riktig legemiddel – riktig person?.....                         | 48 |
| 4.4.2 Riktig bruk av legemidler? .....                                | 52 |
| 4.4.3 Økt bruk og misbruk av legemidler? .....                        | 57 |
| 4.5 Pris og betalingsevne .....                                       | 59 |
| 4.5.1 Effekt på prisene på legemidler .....                           | 59 |
| 4.5.2 Effekt på betalingsevne.....                                    | 61 |
| REFERANSER.....   | 63 |
| VEDLEGG 1: DISTRIBUSJON AV LEGEMIDLER I DAG .....                     | 65 |
| VEDLEGG 2: EKSEMPLER PÅ REGULERINGER .....                            | 71 |
| VEDLEGG 3: DELTAGERE I DISKUSJONSFORUMET .....                        | 75 |



# Sammendrag

## Resymé

*E-handel har i løpet av de siste årene blitt en del av hverdagen både for bedrifter og forbrukere. Det er imidlertid begrensninger i muligheten for å etablere e-handel med legemidler i Norge i dag. På oppdrag for Apotekforeningen og i samarbeid med representanter for legemiddelmyndighetene har vi drøftet reguleringsmuligheter for e-handel og forsendelser av legemidler, mulig tilpassning i markedet og til slutt potensielle konsekvenser for de legemiddelpolitiske målene.*

*Myndighetene kan regulere e-handel og forsendelser med legemidler, slik at tilbudet blir et kvalitetssikret supplement til tradisjonell apotekhandel. E-handel vil gi fordeler, men kan likevel innebære ulemper for noen, særlig brukere i distriktene, eldre og personer med et stort forbruk av legemidler. Også i dag er det en utfordring å gi disse gruppene et godt tilbud. Disse behovene kan ivaretas på mer effektive måter, og uavhengig av om e-handel tillates eller ikke.*

## Bakgrunn

Myndighetene har definert tre overordnede mål for legemiddelpolitikken:

- Befolkningen skal ha tilgang til sikre og effektive legemidler uavhengig av betalingsevne og bosted.
- Legemidler skal brukes faglig og økonomisk riktig.
- Det skal være lavest mulig pris på legemidler.

For å nå disse målene er alle deler av legemiddelsektoren, fra produksjon og markedsadgang til omsetning og bruk, regulert på et detaljert nivå. Måloppnåelsen er likevel ikke perfekt og samfunnsutviklingen endrer stadig premissene for reguleringene. I løpet av de siste få årene har e-handel med varer og tjenester blitt en naturlig del av hverdagen for svært mange virksomheter og forbrukere.

Apotekene i Norge har i dag rett og plikt til å distribuere legemidler til hele den norske befolkningen. Hovedregelen er at kundene skal oppsøke apoteket for å få tilgang til legemidlene. Forsendelse av legemidler er kun tillatt i apotekenes nær-områder. Forsendelsesbestemmelsene innebærer at det i praksis ikke er mulig å etablere e-handel med legemidler i Norge dag.

Fremveksten av e-handel i andre bransjer og ikke minst e-handel med legemidler i andre land fører til at helsemyndighetene i Norge på nytt må ta stilling til hvordan forsendelser av legemidler skal reguleres. De må også ta stilling til om det skal

åpnes for e-handel. Per i dag er det ulike politiske oppfatninger av hvordan dette skal håndteres.

## Problemstilling

På denne bakgrunn har Apotekforeningen bedt ECON Analyse om *bistand til å analysere tre forhold knyttet til e-handel og økt adgang til forsendelser av legemidler. De tre forholdene er:*

- **Regulering av nye distribusjonsformer.** *Hvordan kan man tenke seg at dagens regime for distribusjon av legemidler kan endres?*
- **Markedsmessige konsekvenser av nye distribusjonsformer.** *Hvordan vil forbrukerne og apotekene respondere på reguleringsendringene?*
- **Konsekvenser av regulerings- og markedsendringene på de legemiddel-politiske målene.** *Hva blir konsekvensene på tilgjengelighet til legemidler og farmasøytisk kompetanse, forbrukernes forutsetninger for sikker og riktig bruk av legemidler samt priser og betalingsevne?*

Analysene skal gi et grunnlag for videre drøftinger av hvordan distribusjon av legemidler kan skje på best mulig måte. Analysen er gjennomført med utgangspunkt i et diskusjonsforum med deltagere fra Helse- og omsorgsdepartementet, Statens legemiddelverk, Sosial- og Helsedirektoratet, Rikstrygdeverket, Forbrukerrådet og Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon, samt Apotekforeningen og ECON. Vi har også bearbeidet bakgrunnsstoff og dokumentert analysene i denne rapporten.

## De viktigste momentene i analysen

### *Muligheter for regulering av e-handel og forsendelser med legemidler*

I sluttbrukermarkedet for legemidler er det i dag regulert hvem som har tillatelse til å selge legemidler, hvilke legemidler som er tillatt solgt og hvordan handelen skal foregå. Myndighetene står overfor et mulighetsrom i framtidig regulering av e-handel og forsendelser:

- Myndighetene kan stille krav til hvem som kan drive e-handel og til det geografiske nedslagsfeltet for forsendelser. De kan for eksempel stille krav om at kun aktører med fysiske apotek skal kunne etablere e-handel, eller ikke stille slike krav. Og de kan stille krav om at legemidlene fortsatt kun skal sendes i et begrenset geografisk område, eller gå bort i fra denne begrensningen.
- Myndighetene kan også regulere hvilke legemidler som skal kunne selges via internett. I dag har apotekene en plikt til å forhandle alle legemidler som er godkjent for salg i Norge. I e-handel kan myndighetene legge begrensninger på salget, ved for eksempel å unnta narkotiske og vane-dannende legemidler, kjølevarer og andre legemidler det stilles spesielle krav til. Det er også mulig å tenke seg at det åpnes for e-handelsbaserte nisjeapotek som spesialiserer seg mot enkelte produkt- eller sykdoms-grupper.
- Myndighetene må også utarbeide retningslinjer for hvordan bestilling, ekspedering, veiledning og forsendelser skal skje dersom det åpnes for e-handel med legemidler. Også her kan handelen reguleres på flere måter.

I løpet av de nærmeste årene vil det bli etablert et e-resept system. Det innebærer at legene skal legge alle resepter inn i en reseptbank, istedenfor å skrive den ut til pasienten. Når pasienten oppsøker et apotek kan apoteket hente ut resepten fra banken. E-reseptsystemet vil forenkle bestillingsrutinene ved en eventuell overgang til e-handel.

Når det gjelder selve ekspederingen av reseptene må myndighetene på samme måte som i dag bestemme hvilke krav som skal stilles. Det er særlig apotekenes oppgaver med å veilede forbrukerne som må reguleres annerledes i dag siden forbrukerne og farmasøytene i e-handel ikke møtes på samme måte som i tradisjonell handel.

I dag kan legemidler sendes rett i postkassen til kunder i apotekenes nær-områder. Denne praksisen kan imidlertid endres. Myndighetene kan innføre krav om at forbrukerne må hente legemidler som er bestilt via e-handel på apoteket eller på postkontoret. Eller de kan stille krav om budleveranse med mulighet for å signere for forsendelsen.

### ***Markedets tilpasning***

Hvordan markedsaktørene vil tilpasse seg en åpning for e-handel avhenger i stor grad av hvordan reguleringene utformes. Reguleringene kan legge begrensninger på fremveksten av e-handel og de kan sikre at vi får kvalitativt gode tilbud i markedet og så videre.

Erfaringer fra andre land og andre bransjer viser at internett har etablert seg som en viktig kanal for kjøp og salg. Flere og flere varer og tjenester omsettes via internett, flere og flere aktører etablerer e-handelsløsninger og flere og flere mennesker handler på internett. Det gjelder også eldre og lavinntektsgrupper, selv om disse gruppene foreløpig ligger langt etter unge og høyinntektsgrupper. Undersøkelser viser at mange apotek kunder har positive holdninger til kjøp av legemidler over internett, og vil benytte et slik tilbud dersom de hadde anledning.

Flere av de eksisterende apotekaktøren ønsker trolig å etablere e-handel med legemidler dersom det åpnes for det og dersom reguleringene utformes slik at e-handel blir kommersielt interessant. Distribusjonen av legemidler kan trolig effektiviseres hvis deler av omsetningen kan flyttes over til internett og det fysiske distribusjonsnettverket kan rasjonaliseres. Apotekaktørene kan redusere utgiftene til husleie og til personal uten å miste omsetning. E-handel vil trolig også representere økt markedsføring av apotekenes merkenavn.

Åpning for e-handel kan også gjøre det lettere for aktører som i dag ikke er i det norske markedet å etablere seg. Det er likevel avhengig av hvilke krav myndighetene samtidig stiller i forhold til om aktører i e-handelsmarkedet også må ha eller etablere fysiske apotek tilgjengelig for kundene.

### ***Konsekvenser for tilgjengelighet til legemidler***

Dersom det åpnes for e-handel med legemidler vil det isolert sett gi økt tilgjengelighet til legemidler for de som har enkel tilgang til internett. Det gjelder nesten uansett hvordan e-handelen reguleres og hvordan tilbudet eventuelt blir.

Men, dersom en del av omsetningen flyttes fra tradisjonelle apotek til e-handel kan det svekke markedsgrunnlaget for tradisjonelle apotek, og medføre at



marginale apotek stenges. I de delene av landet der apotekene ligger spredt, først og fremst distriktskommuner, vil en nedbygging av tradisjonelle apotek være problematisk for alle som trenger legemidler akutt og som ønsker å oppsøke tradisjonelle apotek. Det vil også kunne oppleves som problematisk for grupper som ikke har tilgang til og ikke bruker internett, dersom det ikke samtidig gis tilbud om å bestille over telefon. Fremdeles har eldre og personer med dårlig råd (funksjonshemmede og kronisk syke har ofte det) liten tilgang til internett. På sikt vil dette siste problemet løse seg ved at stadig flere tar i bruk internett. E-reseptsystemet vil på sikt også kunne åpne for at reseptpliktige legemidler kan bestilles på legekontoet.

### ***Konsekvenser for sikkerhet og riktig bruk av legemidler***

Sikkerhet og riktig bruk dreier seg om at riktig person får riktig legemiddel og at legemidlene brukes riktig. Apotekene bidrar i dag til sikker og riktig bruk ved å kontrollere resepter, rettlede forbrukerne i valg av reseptfrie legemidler og veilede om riktig bruk av legemidler generelt. Særlig veiledningsaspektet står sentralt.

E-handel vil overlate et større ansvar for riktig bruk til forbrukerne. Mange forbrukere er i stand til å håndtere dette på en god måte. De gruppene som selv tar initiativ til å skaffe seg informasjon og har gode forutsetninger for å ta til seg og følge opp informasjon om riktig legemiddelbruk, vil trolig også kunne nyttiggjøre seg informasjon gitt gjennom e-handelsløsningene. For disse kan e-handel gi bedre tilgang på farmasøytisk kompetanse og informasjon, og dermed like gode eller bedre forutsetninger for riktig bruk.

For mange legemiddelbrukere er det imidlertid store utfordringer knyttet til riktig bruk. En del av problemene skyldes at forbrukerne har begrenset kunnskap om legemidlene. Det er særlig eldre og personer med et komplekst forbruk som har problemer. I dag kan disse få informasjon og veiledning på apotekene når de kjøper legemidler. Apotekansatte kan dessuten ta initiativ til å informere forbrukere som selv ikke etterspør informasjon, nettopp fordi det skjer et personlig møte på apoteket.

Dersom disse brukerne mister sitt lokale apotektilbud som følge av e-handel, kan dette gi uheldige konsekvenser. De gruppene som i dag har problemer med å få, ta til seg og følge opp informasjon om bruk av legemidler vil også ha problemer i en e-handelsbasert verden. Behovet for veiledning til særlige grupper må ivaretas på andre måter, og kan ikke overlates til den enkelte brukeren. Disse brukergruppene kan møtes med mer effektive informasjons- og opplæringstiltak uavhengig av om e-handel tillates eller ikke.

### ***Konsekvenser for pris og betalingsevne***

Det er liten konkurranse om pris i legemiddelmarkedet i dag, særlig innenfor delmarkeder. Det skyldes først og fremst at forbrukerne bryr seg lite om prisen når de kjøper legemidler. Blåreseptlegemidler betales av folketrygden og berører i liten grad folks økonomi. Andre legemidler belaster for de fleste en liten del av budsjettet og brukes som regel i en situasjon der man er mer opptatt av å bli frisk enn å spare penger.

Åpning for e-handel kan åpne for nye aktører og dermed øke konkurransen i markedet. Viktige konkurranseparametre for e-handelsaktørene kan bli pris, service og tilgjengelighet. Pris har marginal betydning i dag, og man kan neppe ha store forventninger om at prisene på legemidler skal falle mye, selv om man åpner for e-handel. Derfor vil e-handelsaktørene trolig bruke service og tilgjengelighet som virkemidler for å skaffe seg markedsandeler. Et eget spørsmål vil være om myndighetene mener at forsendelseskostnadene skal belastes forbrukerne, apotekene eller folketrygden.



# 1 Innledning

Myndighetene har definert tre overordnede mål for den norske legemiddelpolitikken (St. meld. nr. 18 (2004-2005)):

- Befolkningen skal ha tilgang til sikre og effektive legemidler uavhengig av betalingsevne og bosted.
- Legemidler skal brukes faglig og økonomisk riktig.
- Det skal være lavest mulig pris på legemidler.

Markedsadgangen for og omsetningen av legemidler er regulert på ulike måter. Det stilles krav til dokumentasjon av effektene på alle legemidler som skal selges på det norske markedet. Befolkningens tilgang til legemidler er regulert ved at mange legemidler er reseptpliktige. Og apotekenes rolle som distributør av legemidler er regulert både i forhold til kompetansekrav og krav til aktiviteten. Apotekreguleringene er lovfestet i apotekloven og forskriftsfestet blant annet i apotekforskriften.

Formålet med reguleringene er til enhver tid å sørge for best mulig måloppnåelse i legemiddelpolitikken. Samfunnsutviklingen generelt endrer mulighetene for måloppnåelse. Utviklingen av datateknologi er et eksempel på endring som har gitt nye muligheter både i arbeids- og privatlivet, også innenfor helseområdet. Det er viktig å se måloppnåelse i legemiddelpolitikken i lys av utviklingen, og vurdere om reguleringer bør endres for å øke måloppnåelsen.

## 1.1 Drivkrefter for nye løsninger

Apoteksektoren har tatt i bruk datateknologi på flere områder, blant annet innenfor styring av logistikk og administrasjon av apotekdriften. De siste årene har debatten blant annet dreid seg om hvordan myndighetene og apoteksektoren skal forholde seg til muligheten for e-handel med legemidler. E-handel med legemidler er i framvekst på ulike måter og i andre land.

I dag har apoteksektoren i Norge en distribusjonsrett og -plikt for legemidler til sluttbrukere i det norske markedet. Hovedregelen for distribusjonen til sluttbrukerne, er at kundene oppsøker apotekenes når de skal handle legemidler. Forsendelse av legemidler er kun tillatt i apotekenes nærområder. Forsendelsesbestemmelsene innebærer at det i praksis ikke er mulig å etablere e-handel med legemidler i dag. Det er imidlertid flere drivkrefter som trekker i retning av å endre distribusjonsreguleringene i apoteksektoren. Noen av disse er:

- Ny teknologi og internett brer om seg. Dette gir oss nye muligheter til å oppnå mål, og til å styrke tilbudet til målgrupper. Både apotekaktørene og forbrukerne er i økende grad veldig teknologiorienterte og -bevisste, og pådrivere i forhold til å ta i bruk nye muligheter.
- Offentlig sektor har ambisjoner om å drive moderne forvaltning og service overfor innbyggerne, også innenfor helse- og legemiddelsektoren. Bruk av moderne teknologiske muligheter i regulering og forvaltning er en naturlig del av dette.
- Vi har store utfordringer knyttet til legemiddelrelaterte problemer, og det er i samfunnets interesser å vurdere hvordan nye muligheter eventuelt kan bidra til å redusere dette problemet.
- Det er generelt et press om mest mulig rasjonell bruk av ressurser, ikke minst innenfor helsesektoren. Dersom alternative reguleringer kan bidra til bedre ressursutnyttelse uten at det i urimelig grad går på bekostning av andre mål, er det viktig å vurdere dette.
- Det er i dag lov å e-handle legemidler fra utlandet (under visse reguleringer og begrensninger). I praksis er det konkurransevridende at norske apotekaktører ikke kan ta i bruk den samme muligheten.
- Det eksisterer tilfeller av useriøse tilbud i markedet for e-handel med legemidler. Mange oppfatter det som en fordel å være på offensiven i forhold til muligheter for å styre egen utviklingen i ønsket retning.

I Stortingsmelding nr. 18 (2004-2005) *Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk* drøftes e-handel og forsendelser av legemidler. Stortingets behandling av meldingen viser at det er ulike politiske oppfatninger av gevinster og ulemper av å endre regelverket. Generelt vet vi lite om konsekvensene av å åpne for nye distribusjonsformer innenfor legemiddelmarkedet.

På bakgrunn av dette har Apotekforeningen bedt ECON Analyse om å gjennomføre et prosjektet som belyser mulige regulatoriske rammer for og konsekvenser av å åpne for nye distribusjonsformer for legemidler.

## 1.2 Problemstilling

*Apotekforeningen har bedt ECON om bistand til å analysere tre forhold knyttet til å åpne for nye distribusjonsformer for legemidler. Med nye distribusjonsformer menes her bruk av e-handel og økt adgang til forsendelser i samhandelen mellom apotekene og forbrukerne. De tre forholdene er:*

- **Regulering av nye distribusjonsformer.** *Hvordan kan man tenke seg at dagens regime for distribusjon av legemidler kan endres?*
- **Markedsmessige konsekvenser av nye distribusjonsformer.** *Hvordan vil forbrukerne og apotekene respondere på reguleringsendringene?*
- **Konsekvenser av regulerings- og markedsendringene på de legemiddel-politiske målene.** *Hva blir konsekvensene på tilgjengelighet til legemidler og farmasøytisk kompetanse, forbrukernes forutsetninger for sikker og riktig bruk av legemidler samt priser og betalingsevne?*

Formålet med oppdraget har vært å drøfte muligheter for og konsekvenser av e-handel og økt forsendelsesadgang i apotekmarkedet. Oppdraget er ment å gi et grunnlag for videre drøftinger og oppfølging av hvordan nye muligheter kan bidra til at distribusjon av legemidler skjer på best mulig måte.

ECONs bistand til analysene av reguleringer, markeder og konsekvenser har bestått i to aktiviteter. Vi har tilrettelagt og ledet et diskusjonsforum om de tre forholdene. Dette arbeidet har omfattet tilrettelegging av bakgrunnsstoff, strukturering og dokumentasjon av diskusjonene i forumet. Vi har også dokumentert arbeidet i denne rapporten. De ulike aktivitetene er nærmere beskrevet nedenfor.

## 1.3 Tema og struktur

Rapporten er et innspill i debatten om e-handel og økt forsendelsesadgang i det norske apotekmarkedet. Rapporten gir ingen anbefalinger med hensyn til om og hvordan nye distribusjonsformer endelig kan utformes. Dette har ikke vært en del av oppdraget. Utarbeiding av ferdige distribusjonsmodeller for implementering vil kreve mer omfattende utredning.

Rapporten er et diskusjonsnotat der flere *mulige*, men ikke nødvendigvis alle endringer i regelverket drøftes. Vi drøfter også hvordan markedet *kan* respondere på endringer i reguleringene, samt hvilke konsekvenser dette *kan* få på de legemiddelpolitiske målene.

- Om reguleringer skal endres og hvordan de eventuelt skal endres, er et politisk spørsmål som i siste instans må behandles av Helse- og omsorgsdepartementet og Stortinget.
- Hvordan markedet vil utvikle seg avhenger av hvordan apotekaktørene vil tilpasse seg, samt hvordan eventuelle nye aktører vil vurdere lønnsomheten i å etablere seg i markedet. Det vil også avhenge av hvordan forbrukerne tar i bruk nye løsninger.
- Konsekvensene på de legemiddelpolitiske målene avhenger igjen både av hvordan reguleringene innrettes og hvordan markedet responderer, og eventuelt om myndighetene iverksetter tiltak for å korrigere eventuelle uheldige utsalg.

Nettopp fordi mye avhenger av politiske beslutninger og aktørenes respons i markedet har hensikten med denne rapporten vært å spenne ut et mulighetsområde for endringer og konsekvenser.

Rapporten er strukturert etter de tre delene i problemstillingen, jf avsnitt 1.2 og Figur 1.1. Vi har drøftet hvordan myndighetene kan regulere distribusjonen av legemidler med utgangspunkt i e-handel og økt adgang til forsendelser av legemidler (kapittel 2). Deretter har vi vurdert hvordan markedet kan tenke seg å respondere på nye muligheter (kapittel 3). Til slutt analyserer vi i hvilken grad de legemiddelpolitiske målene kan bli påvirket som følge av endringer i reguleringer og markedets respons (kapittel 4).

Figur 1.1 Temaer for analyse



Kilde: ECON

I vedlegg 1 har vi beskrevet hovedtrekkene i dagens regulering av apotekmarkedet, som bakgrunn for de vurderingene som er gjort i kapittel 2. I vedlegg 2 gjengis noen utvalgte eksempler på reguleringsmuligheter.

## 1.4 Prosess og metode

Som en del av oppdraget har vi organisert et diskusjonsforum. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), Legemiddelverket (SLV), Rikstrygdeverket (RTV), Sosial- og Helsedirektoratet (SHDir), Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO) og Forbrukerrådet har deltatt i forumet, sammen med Apotekforeningen og ECON. En liste over deltagere er gitt i vedlegg 3.

Diskusjonene har funnet sted i løpet av ett todagers seminar og fire heldagsseminarer i perioden januar til mars 2006. Seminarene har hatt følgende innhold.

- Seminar 1: Diskusjon av regulering, marked og konsekvenser på et overordnet nivå. Formålet var å introdusere diskusjonsforumet for temaene og sammenhengen mellom de tre forholdene. I de påfølgende fire seminarene diskuterte vi de tre forholdene i større detalj.
- Seminar 2: Diskusjon av alternative måter å tenke distribusjon av legemidler på. Formålet var å konstruere noen regulatoriske rammer som senere kunne brukes til å diskutere markedstilpasning.
- Seminar 3 og 4: Diskusjoner av hvordan markedet kunne tenke seg å respondere samt hvordan de legemiddelpolitiske målene vil bli oppfylt innenfor ulike reguleringsregimer. Hovedformålet med alle reguleringer og reguleringsendringer er bedre måloppnåelse. Således er forståelsen av konsekvensene det viktigste formålet med analysen.
- Seminar 5: Videre diskusjon av markedsløsninger og konsekvenser for legemiddelpolitiske mål. Vi gikk spesielt inn på omfanget av e-handel, apotekenes rolle og sårbarheten i dagens apotekstruktur.

Tre eksterne innledere har vært invitert til seminarene for å presentere moderne løsninger for handel med varer i tilsvarende eller andre markeder. De tre kom henholdsvis fra Vinmonopolets Fjernhandelsavdeling, Apoteket AB i Sverige og Apotekerforeningen i Danmark. Vinmonopolet har drevet med e-handel og forsendelser av sine produkter siden 2002. Apoteket AB er i oppstarten av å drive e-handelsapotek. Danmarks Apotekerforening har utviklet og drifter e-handelsløsningen [www.apoteket.dk](http://www.apoteket.dk) (samt den offentlige sunnhetsportalen i Danmark [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk)). E-handelsløsningen er lokalt forankret på det enkelte apoteket, og salget skjer direkte fra apoteker og ikke via Apotekerforeningen.

I tillegg til de tre eksterne innleiderne har Kai Finsnes fra Apotekforeningen holdt en presentasjon av formål, innhold og status i e-resept prosjektet.

ECONs rolle i diskusjonsforumet har vært å forberede og introdusere temaer for hvert seminar. Vi har også tilrettelagt gruppearbeid for deltagerne ved å lage oppgaver og ledet plenumsdiskusjoner. Etter seminar 2 og 3 laget vi et oppsummeringsnotat henholdsvis av reguleringsmuligheter og markedstilpasninger. Notatene ble så sendt ut som forberedelser til seminar 3 og 4. I forkant av seminar 5 samlet vi dokumentasjon om omfanget av e-handel, apotekenes rolle og dagens apotekstruktur som ble sent ut som bakgrunn for videre diskusjoner av konsekvenser på det siste seminaret.

Diskusjonsforumet har drøftet reguleringsendringer, markedskonsekvenser og konsekvenser på legemiddelpolitiske mål i gruppearbeid og plenum. Deltagerne har fylt de tre forholdene regulering, marked og konsekvenser med innhold. Flere alternative endringer og momenter har vært diskutert og forkastet. Apotekforeningen har også deltatt i gruppearbeidene og plenumsdiskusjonene. ECON har bearbeidet innspillene. Drøftingene i denne rapporten er basert på de temaene som har vært sentrale i diskusjonsforumets arbeid.

## **1.5 Avgrensninger og definisjoner**

Nedenfor gjør vi nærmere rede for sentrale avgrensninger, forutsetninger og definisjoner som er lagt til grunn i arbeidet.

### **1.5.1 Fokus på nye distribusjonsformer mellom apotek og sluttbruker**

Med nye distribusjonsformer mener vi e-handel og økt grad av forsendelser i samhandling mellom apotek og forbrukere i legemiddelhandelen. Det er vanskelig å tenke seg et stort omfang av forsendelser av reseptfrie legemidler i dagens marked uten en slags elektronisk handelskanal. På samme måte vil elektroniske kanaler mellom kundene og apoteket være en naturlig del av forsendelser av reseptpliktige legemidler, med mindre kundene må velge forsendelsesapotek på legekantoret. I drøftingene i denne rapporten benytter vi betegnelsen distribusjonsreguleringer om reguleringer som samlet sier noe om retningslinjene for e-handel og forsendelser av legemidler.

En diskusjon av distribusjonsreguleringer kan gjøres innenfor ulike rammer. Vi har valgt en ramme som innebærer at grunnleggende forhold i legemiddelforvaltningen ligger fast. Med grunnleggende forhold mener vi primært *rollefordelingen* mellom de som tilvirker legemidler, de som forskriver legemidler og de som distribuerer legemidler til forbrukerne, samt forhold som ikke direkte er knyttet til handelen med legemidler. Forhold som eierskapsbegrensninger mellom tilvirker og omsetningsleddet samt forskrivningsrett ligger for eksempel fast i våre drøftinger. Det samme gjør kravet om at legekonsultasjon normalt skal ligge til grunn for utstedelse av resepter. Årsaken til disse avgrensningene er at fokus i prosjektet er nye distribusjonsformer mellom apotek og sluttbruker. De nevnte forholdene rokker ved prinsipielle innretninger av legemiddelforvaltningen, og er ikke tema i dette prosjektet.



Drøftingene av mulige endringer i regulering av distribusjon er knyttet til hvordan man kan se for seg endringer i forsendelsesbestemmelsen samt hvordan man kan tenke seg at kravene til e-handelsbasert virksomhet innrettes, gitt apotekenes funksjon i legemiddelomsetningen. Drøftingene fokuserer på noen mulige endringer, men vurderer ikke alle muligheter fullt ut. Dette betyr ikke at elementer vi ikke har drøftet ikke kan endres. Momentene som drøftes i rapporten er i hovedsak de momentene som diskusjonsforumet har fokusert på.

Drøfting av mulige konsekvenser av endringer i distribusjonsreguleringer er avgrenset til konsekvenser knyttet til sluttbrukerne. Med sluttbruker mener vi her forbrukerne som oppsøker apoteket på egne vegne. Det betyr at apotekets forhold til profesjonelle brukere, eller personer som opptrer i institusjonssammenheng ikke drøftes særskilt. Dette betyr imidlertid ikke at disse gruppene ikke berøres av eventuelle endringer. Vi har i denne forbindelsen også vurdert hvorvidt sluttbrukerne bør omtales som pasienter, kunder eller forbrukere i dette markedet. I mange tilfeller vil begrepet pasient være mest betegnende, mens i andre tilfeller vil begrepet kunde være det beste. Vi har gjennomgående valgt å benytte begrepet forbrukere eller kunder. Dette betyr ikke at grupper av kunder i apotekene også kan oppfattes som pasienter i helsevesenet.

## **1.5.2 Fokus på hovedkonsekvenser**

Endringer i distribusjonsreguleringene for legemidler vil gi en rekke konsekvenser på ulike hold. Vårt hovedfokus er konsekvenser på de legemiddelpolitiske målene. Innenfor dette vil det også være mange mulige konsekvenser, ettersom hver enkel apotekkunde og apotekhandel i utgangspunktet er unik. Det er ikke mulig å vurdere alle mulige konsekvenser i hvert tilfelle. Drøftingen er konsentrert om hovedkonsekvenser for ulike grupper av forbrukere. Dette betyr ikke at andre konsekvenser ikke er viktige. Årsaken til avgrensningen er imidlertid at formålet med prosjektet er å drøfte ulike sider ved e-handel og økt forsendelsesadgang, ikke å finne implementerbare løsninger som tar hensyn til alle tenkelige situasjoner og forhold.

## **1.5.3 Forutsetninger knyttet til innføring av e-resept**

E-resept og implementering av e-reseptsystemer mellom lege, apotek, forbruker og oppgjørssystemet er under utvikling. E-resept innebærer enkelt formulert, at legene legger inn resepten i en elektronisk reseptbank, og at hvilket som helst apotek kan laste ned reseptene på vegne av kundene.

I utgangspunktet er e-resept og nye distribusjonsformer to ulike fenomener. Likevel er det slik at e-resept vil være en naturlig byggestein i distribusjonsmodeller basert på e-handel og forsendelser. Dette fordi hensikten med forsendelser er at kundene ikke trenger å oppsøke apoteket, og det er lite framtidsrettet å tenke et forsendelsessystem utelukkende basert på at resepter fakses eller ringes inn til apoteket. Dette krever imidlertid at kundene har tilgang til sine resepter i reseptbanken. Av hensiktsmessighetsgrunner legger vi e-reseptsystemet til grunn i drøftingene av reguleringsendringer. Imidlertid er e-handel og økt adgang til forsendelser i utgangspunktet neppe kritisk avhengig av et fullt implementert e-reseptsystem.

## 2 Endringer i distribusjonsreguleringer

Lover og forskrifter regulerer *hvem* som kan selge legemidler, *hvilke* legemidler forhandlere skal selge og *hvordan* handelen skal foregå. I dette kapitlet skal vi drøfte mulige endringer i reguleringene i forhold til e-handel og økt forsendelsesadgang.

Figur 2.1 Tema for analyse



Kilde: ECON

Mulige endringer i reguleringer drøftes ut i fra tre hovedspørsmål

- *hvem* skal kunne sende legemidler
- *hvilke* legemidler skal kunne sendes og
- *hvordan* kan handelen reguleres. Handelen omfatter prosessen fra legen forskriver et legemiddel (når legemidlene er reseptpliktige) til apoteket ekspederer resepten eller kunden, leverer ut legemiddelet og til forbrukeren har legemiddelet i hende.

Det er mulig å se for seg mange endringer i reguleringene. Drøftingene her tar sikte på å belyse hvordan *noen hovedelementer* kan endres, gitt at det skal åpnes for e-handel og økt forsendelsesadgang. Formålet er å belyse spørsmål og valg som kan oppstå i vurderingene av nye distribusjonsformer.

### 2.1 Hvem skal kunne sende legemidler?

I dag kreves det konsesjon for å kunne eie og drive apotek. Bare aktører med konsesjon kan dermed sende legemidler. Et apotek må være fysisk tilgjengelig for publikum, og forsendelser av legemidler kan kun skje i apotekets "naturlige geografiske kundeområde".

Dersom man skal åpne for e-handel og økt forsendelsesadgang kan aktuelle alternativer være å tillate at

- eksisterende apotek (eller virksomheter og personer som kan få konsesjon til å eie og drive apotek etter dagens regler) kan sende legemidler i et større geografisk område enn i dag. Det geografiske området kan være hele eller deler av et fylke. Det kan være et eller flere fylker, eller regioner som på annen måte hører naturlig geografisk sammen.
- eksisterende apotek (eller virksomheter og personer som kan få konsesjon til å eie og drive apotek etter dagens regler) kan sende legemidler til hele landet.
- virksomheter og personer kan få konsesjon til å etablere en forsendelsesvirksomhet, uten å ha noen fysiske driftslokaler tilgjengelig for kundene i Norge.

I alle tilfellene trengs det konsesjon til å eie og drive apotek. I det første og det andre tilfellet endres rekkevidden for forsendelsesordningen i forhold til dagens modell. I det tredje tilfellet lempes det også på kravet om at apoteket skal være fysisk tilgjengelig for publikum. Dette innebærer en endring i definisjonen av apotek slik den er gitt i dag. Formen på reguleringene vil ha betydning for hvordan markedet innretter seg, og for hvilke konsekvenser vi kan forvente i forhold til oppnåelse av legemiddelpolitiske mål.

## 2.2 Hvilke legemidler skal kunne sendes?

I dag har apotekene plikt til å forhandle og levere alle legemidler som er godkjent for salg i Norge. Dersom man skal åpne for e-handel og økt forsendelsesadgang må man ta stilling til hvilke legemidler som skal kunne sendes. Også her kan man tenke seg ulike utforminger av regelverket. Aktuelle alternativer kan være å tillate at

- alle legemidler som er godkjent for salg i Norge også godkjennes for forsendelser. Samtidig pålegges alle virksomheter som driver med forsendelser av legemidler en *plikt* til å sende alle godkjente legemidler. I praksis er det slik dagens forsendelsesbestemmelser fungerer.
- alle legemidler som det ikke er knyttet spesiell risiko til, godkjennes for forsendelser. Det vil blant annet si at man kan unnta A- og B-legemidler fra forsendelsesordningen. Det samme gjelder legemidler som må oppbevares kjølig eller som på annen måte må håndteres med spesiell forsiktighet. Samtidig pålegges alle virksomheter som driver med forsendelser av legemidler en *plikt* til å sende alle legemidler som er godkjent for forsendelse.
- alle, eller et utvalg legemidler godkjennes for forsendelser. Tillatelsen kan gis *uten* at den samtidig følges av en plikt til å sende legemidlene som er godkjent for forsendelse. Det innebærer at fullsortimentskravet på forsendelser oppheves. Det er for eksempel mulig å tenke seg at fullsortimentskravet beholdes for salg i fysiske driftslokaler som er tilgjengelige for kundene, men at det oppheves for forsendelsesvirksomhet.

I det første tilfellet benyttes kravet til apotekenes leveringsplikt for godkjente legemidler også for alle forsendelser. I det andre tilfellet unntas spesielle legemidler fra ordningen med forsendelser. For alle andre legemidler i dette tilfellet,

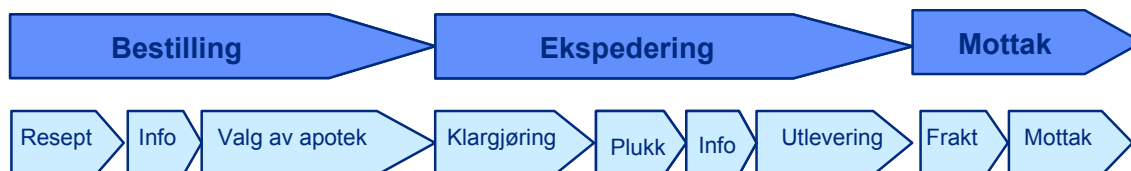
benyttes kravet til apotekene om leveringsplikt også på forsendelsene. I det tredje tilfellet lempes det på kravet om at apotekene må tilby alle varer også i forsendelsesløsningene. Denne alternative reguleringen åpner for rene e-handelsapotek, også innenfor nisjer av legemiddelmarkedet. På samme måte som over, vil innretningen på reguleringene påvirke hva slags tilbud vi får i markedet samt hvordan tilbudet bidrar til måloppnåelse.

## 2.3 Hvordan kan handelen reguleres?

Kjøp av legemidler er regulert fra identifisering av behov, via apotekets ekspedering av legemidlene, til forbrukerne har legemidlene i hende. Dersom man skal åpne for e-handel og økt adgang til forsendelser er det naturlig å vurdere hvordan handelsprosessen kan reguleres, og det er også her flere måter å utforme regelverket på.

Drøftingen tar utgangspunkt i verdikjeden i Figur 2.2.

Figur 2.2 Handel med legemidler på sluttbrugerleddet. Stilisert prosess.



Kilde: ECON

### Bestilling

Med bestilling mener vi utarbeidelse av resept, informasjon om resepten og dens innhold og valg av apotek der legemiddelet skal kjøpes. Det er fortsatt legen som har forskrivningsretten. For reseptfrie varer og andre apotekvarer, er bestillingsprosessen den samme med unntak av at det ikke er resepter involvert.

Vi legger til grunn at det etableres et e-reseptsystem med noen hovedegenskaper, jf. avsnitt 1.5. En av hovedegenskapene er at både lege og forbrukeren har tilgang til en reseptbank. I dag har forbrukeren rett til å velge apotek, og så lenge et e-reseptsystem gir adgang også til forbrukerne, er det mulig for disse å bestille sine resepter fra et valgfritt apotek. Legen kan eventuelt foreta bestillingen på vegne av forbrukeren.

Dersom apoteket/forsendelsesstedet velges ved at forbrukeren selv foretar bestillingen, må det gis nødvendig informasjon underveis i bestillingen (om priser, generisk bytte, med mer), som gjør det mulig for forbrukeren å foreta kvalifiserte valg. Et e-reseptsystem innebærer en relativt stor endring i måten både leger, forbrukere og apotek omgås og behandler resepter. Dersom kunden selv bestiller et reseptfritt legemiddel direkte fra et apotek/forsendelsessted må bestillingssystemet utformes slik at nødvendig informasjon om legemiddelet er tilgjengelig.

Utover endringene som e-reseptsystemet medfører er det ikke naturlig å vurdere andre endringer i bestillingsprosessen gitt rammene vi har lagt til grunn. Legen skal fortsatt skrive ut resepter og informere om forskrevne legemidler. Forbrukeren skal fortsatt velge apotek.

Utformingen av bestillingsfunksjonen i et e-handelssystem er førende for i hvor stor grad apotekkundene vil ta i bruk muligheten. En enkel, funksjonell og hensiktsmessig innretning vil legge til rette for at kundene vil kunne benytte denne kanalen.

## **Ekspedering**

Med ekspedering mener vi farmasøytisk kontroll og istandgjøring av legemiddel i henhold til resept eller rekvisisjon, ekspedering av andre legemidler samt veiledning og rådgivning.

I dag skjer ekspedisjon av legemidler på apoteket. Ved ekspedering av resepter må en farmasøyt kontrollere resepten og at legemiddelet som utleveres og informasjonen som er påført etiketten stemmer overens med resepten. I tradisjonell apotekhandel skjer dette normalt på ett og samme sted og samtidig.

Dersom man skal åpne for e-handel og økt forsendelsesadgang må man ta stilling til hvordan ekspedisjonen skal foregå. Også her kan man tenke seg ulike utforminger av regelverket. Aktuelle alternativer kan være å

- bestemme at nedlasting av resept eller bestilling av legemidler, kontroll av resept, plukking og kontroll av legemiddel som skal sendes, skal foregå på det samme stedet.
- eller tillate at nedlasting og kontroll av resept eller bestilling skjer ett sted og at plukking, istandgjøring og kontroll av legemidlene som skal sendes skjer på et annet sted.

I det første tilfellet legges det opp til at legemiddelet sendes fra det stedet der resepten eller bestillingen kontrolleres, mens det i det andre tilfellet åpnes for at disse to funksjonene separeres. Teknologisk vil det siste være mulig, og det kan legge til rette for utnyttelse av stordriftsfordeler i lagerfunksjonen, også for eksempel over landegrenser.

Man må også ta stilling til hvem som skal utføre ekspedisjonen. Aktuelle alternativer kan være å

- stille krav om farmasøytisk kontroll
- eller tillate at personell som har fått spesiell opplæring i å håndtere visse grupper av legemidler kan utføre større deler av ekspedisjonen.

I det første tilfellet opprettholdes dagens krav til fagkompetanse i forhold til å håndtere reseptene, på samme måte som i forsendelser i dag. I det i det andre tilfellet åpnes det for at annet personell kan håndtere deler av ekspedisjonen. Dette er et spørsmål som for eksempel kan dukke opp i tilfeller der logistikkensyn tilsier at andre organisasjonsformer er mer hensiktsmessige enn i dag (jf. punktet om at reseptkontroll og istandgjøring og kontroll av legemidlene separeres).

I dag skal apoteket bidra til at den som mottar legemidler har tilstrekkelig opplysninger om legemidlene til at det kan brukes riktig. Dersom man skal åpne for e-handel og økte forsendelser må man også ta stilling til om og hvordan apotekene skal formidle informasjon til forbrukerne, og hvilke profesjoner som skal håndtere rådgivings- og veiledningsfunksjonen. Aktuelle alternativer kan være å stille krav om at

- apoteket skal ha et informasjonssystem (telefon, e-post o.l.) som kundene fritt kan henvende seg til hele eller et visst antall timer i døgnet.
- apotekets informasjonstilbud bemannes med spesiell kompetanse. For eksempel kan det stilles krav til en viss andel farmasøyter, slik at kundene har tilgang til farmasøyt kompetanse utenfor apotek.
- apoteket skal ringe alle kunder som får tilsendt legemidler.
- det skal være god informasjon om legemidlene og bruk av disse på apotekenes internettsider – og at denne informasjonen skal være brukervennlig.
- det skal ligge ved skriftlige informasjon i alle forsendelser utover pakningsvedlegget som følger legemiddelet.

I alle tilfellene legges det til grunn at apotekene har plikt til å tilby rådgivning og veiledning i bruk av legemidler, *også* for de legemidlene som sendes til forbrukerne. De ulike tilfellene viser ulike måter å regulere apotekenes informasjonsplikt på, i tilfeller der kundene og apotekpersonalet ikke møtes i forbindelse med handelen.

Regulering av ekspederingen vil påvirke hvilke konsekvenser vi kan se på sentrale legemiddelpolitiske mål.

### **Mottak**

Med mottak mener vi overlevering av legemiddelet over disk eller transporten av legemiddelet fra ekspederingsstedet til forbrukeren og overleveringen av legemiddelet til forbruker der.

I dag stilles det krav om at forsendelser må foregå slik at det sikres at de kommer til rett mottaker, og at de er uskadet og uten kvalitetsforringelse. *Selve forsendelsen kan altså skje ved bud eller post eller på annen forsvarlig måte.* Men det er ingen spesielle krav til mottakskontroll.

Dersom man skal åpne for e-handel og økt forsendelsesadgang, og forsendelser skal bli en vanlig distribusjonsform, må man ta stilling til om man skal regulere selve forsendelsen og mottaket på en annen måte. Aktuelle alternativer kan være å

- tillate at forsendelsene og mottaket skjer slik som i dag.
- eller stille krav om at forbrukerne må hente de (bestilte eller) tilsendte legemidlene på (det lokale apoteket eller) postkontoret eller motta det direkte fra et bud. Det innebærer i praksis at man stiller krav om at mottakeren, eller den som opptrer på vegne av forbrukeren, må kvittere for å ha mottatt forsendelsen.

I det første tilfellet benyttes dagens regler for transport og mottak av legemiddelforsendelser, som gir mulighet for at legemidlene sendes via det ordinære postsystemet ut til sluttbruker. I det andre tilfellet begrenses alternative leveranse-muligheter for forbrukeren. Det er også i teorien mulig å se for seg at ulike mottaksregimer kan gjelde for ulike legemiddelsegmenter.

På samme måte som blant annet bestillingsfunksjonen, vil innretning av mottaksreguleringene påvirke i hvilken grad apotek kundene finner det praktisk og hensiktsmessig å benytte et e-handelstilbud.

## 2.4 Hva kan skje med refusjonsordningene?

Det er to særlig to refusjonsordninger som har betydning for aktiviteten i apotekmarkedet. Den ene er blåreseptordningen, som bidrar til å sikre befolkningen legemidler uavhengig av betalingsevne. Den andre er fraktrefusjonsordningen som bidrar til å sikre befolkningen tilgang til legemidler uavhengig av deres evne til å oppsøke et apotek, og også for så vidt også uten at hele kostnaden belastes forbrukeren.

Dersom man skal vurdere e-handel og økt adgang til forsendelser må man tenke i gjennom hvordan fraktrefusjonsordningen skal *utformes* og hvordan blåreseptordningen skal *organiseres*.

### Fraktrefusjonsordningen

I dag er det slik at apotekene kan få refundert en del utgifter til forsendelser til forbrukere i nærområdet når geografiske forhold, forbrukerens helsetilstand eller andre omstendigheter gjør utlevering i apotek til en særlig belastning for forbrukeren. Det er flere måter å håndtere fraktrefusjonsordningen på i et e-handels og forsendelsessystem. Aktuelle alternativer kan være å

- beholde fraktrefusjonsordningen som den er i dag. Det vil si at man beholder begrepet *apotekets naturlige geografiske kundeområde* og refunderer apotekenes utgifter til forsendelse når geografiske forhold, forbrukerens helsetilstand eller andre omstendigheter gjør utlevering i apotek til en særlig belastning for forbrukeren.

For forbrukerne innebærer det at dersom de får tilsendt legemidler fra et apotek i nærområdet (og de øvrige betingelsene er oppfylt) kan fraktkostnadene delvis bli dekket gjennom fraktrefusjonsordningen. Dersom de får tilsendt legemidler fra et apotek utenfor nærområdet må de selv betale for frakten (hvis ikke apoteket velger å gjøre det for å skape lojalitet eller ta markedsandeler e.l.).




- utvide fraktrefusjonsordningen til også å gjelde personer bosatt i områder (for eksempel postnummer) med dårlig tilgang til fysiske apotek.

Samtidig kan man velge å beholde dagens regler som sikrer refusjon av apotekenes utgifter til forsendelser i nærområdet, når geografiske forhold, forbrukerens helsetilstand eller andre omstendigheter gjør utlevering i apotek til en særlig belastning for forbrukeren. Forbrukere med spesielle behov (og som bor utenfor de definerte områdene) vil som i det forrige alternativet måtte få legemidler tilsendt fra et apotek i nærområdet dersom forsendelsen skal utløse fraktrefusjon.

- utvide fraktrefusjonsordningen til å gjelde alle forsendelser til forbrukere som på grunn av helsetilstand eller andre omstendigheter opplever utlevering som en særlig belastning.
- utvide fraktrefusjonsordningen til å gjelde alle forsendelser.
- fjerne ordningen.

Figur 2.3 nedenfor illustrerer vi de ulike alternative utformingene av fraktrefusjonsordningen (ekskl. fjerning av ordningen).

Figur 2.3 Fraktrefusjonsområder. Ulike alternativer

| Fraktrefusjon som i dag   | Fraktrefusjon som i dag og til utvalgte områder.                                  | Fraktrefusjon til hele landet  |
|---|---|--|
|  |  |  |

Kilde: ECON

Utformingen av fraktrefusjonsordningen vil kunne påvirke flere faktorer i markedet. Den vil for eksempel påvirke hvordan apotekkundene tar i bruk e-handel, og den vil påvirke hvilken pris ulike forbrukere står overfor. I tillegg vil utforming kunne påvirke myndighetenes kostnader ved ordningen.

## Blåreseptordningen

Apotekene administrer blåreseptordningen på vegne av myndighetene, gjennom såkalte oppgjørsavtaler. I Folketrygdlovens § 22-2 heter det at

*”Den som gir behandling eller yter tjenester som trygden er stønadspliktig for, kan etter avtale få rett til direkte oppgjør med trygden.”*

Virksomheten behøver med andre ord ikke være apotek for å få avtale. I utgangspunktet er det dermed ingen av trygdens reguleringer som må endres for at nye apotek eller andre enn apotek skal kunne få avtale om direkte oppgjør. Dersom man skal åpne for e-handel og økt forsendelsesadgang, må man ta stilling til hvordan man skal håndtere blåreseptordningen. Aktuelle alternativer kan være å

- videreføre blåreseptordningen eller ordningen med direkte oppgjør som i dag. Alle som tilfredstiller kravene som stilles til forsendelser av legemidler kan få oppgjørsavtale med trygden.
- stille visse krav til portefølje og omsetning til at aktører som eventuelt driver nisjeforsendelse av legemidler. Kravene skal hindre at trygdens administrasjon knyttet til å inngå avtaler med eventuelle ”døgnflueapotek” skal bli omfattende.

Et annet aspekt knyttet til blåreseptordningen og oppgjørsavtalene er lokaliseringen av apoteket. Det er i dag kun fysiske apotek i Norge som har oppgjørsavtale med trygdeetaten. Dette innebærer at apotekkundene som omfattes av blåreseptordningen, kun betaler en egenandel (opp til en viss grense). Dersom forbrukeren kjøper legemiddelet i utlandet, må han i utgangspunktet betale hele



prisen selv, for deretter egenhendig å få refundert utlegget fra trygdeetaten i Norge.

Denne praksisen innebærer (dersom den videreføres) at all reseptekspedering i et e-handelssystem må foregå i Norge for at forbrukerne ikke skal belastes utlegg og administrasjon av refusjonen på egenhånd. I en virtuell verden kan en slik praksis bli satt under press.

## 3 Markedets respons

Dagens apotekmarked, antall apotek, beliggenhet og kjedestruktur er en direkte konsekvens av bestemmelsene i apotekloven. Det er særlig tydelig fordi de tre nevnte forholdene endret seg så rask og så mye da den nye loven trådte i kraft 1. mars i 2001. Tilpasningene viser at markedet, både de som tilbyr varer og tjenester og kundene, er svært effektivt i forhold til å ta i bruk lønnsomme muligheter som åpner seg.

Dersom det åpnes for e-handel og økte forsendelser er det på samme måte grunn til å forvente en respons i markedet, avhengig av den konkrete utformingen av regelverket. Det er også grunn til å forvente at markedet ser løsninger som man ikke fullt ut kan forutsi fra et reguleringsperspektiv. For å belyse temaet skal vi i dette kapitlet drøfte hvordan ulike deler av markedet kan tenkes å reagere på endringer i distribusjonsreguleringer, jf. Figur 3.1.

Figur 3.1 Tema for analyse

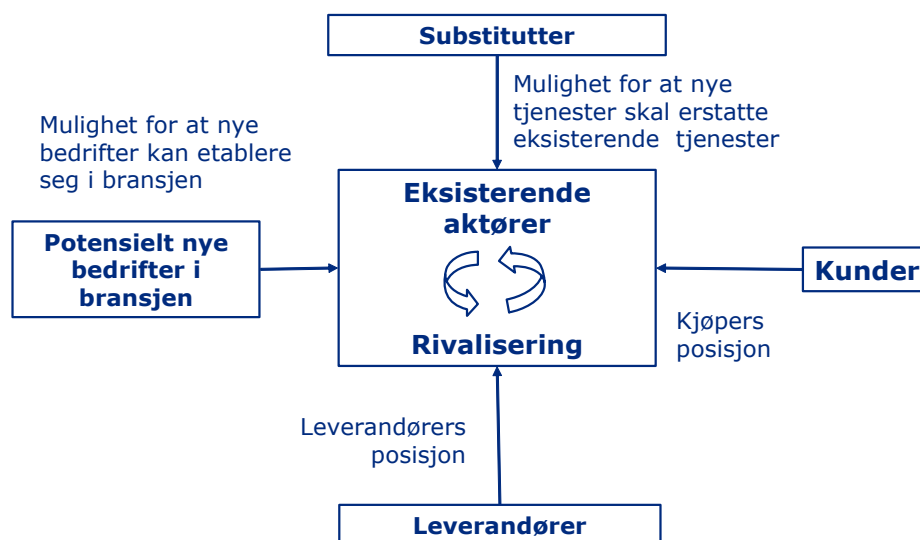


Kilde: ECON

### 3.1 Markedskrefter

For å vurdere hvordan markedet kan tenkes å respondere på endringer i reguleringene tar vi utgangspunkt i en modell som oppsummerer hovedkrefter som påvirker tilpasning i et marked. Modellen er vist i Figur 3.2.

Figur 3.2 Faktorer som kan påvirke tilpasning i et marked



Kilde: Michael E. Porter, "Konkurransestrategi", 1998.

Modellen vektlegger fem hovedkrefter som påvirker tilpasningen i et marked. Det er for det første dagens tilbydere som konkurrerer seg i mellom om kundene. Hvem tilbydere er, hvor mange de er, hvordan de konkurrerer og lignende bestemmes av ulike egenskaper ved varen eller tjenesten de produserer og utenforliggende forhold. De utenforliggende forholdene representerer de fire andre hovedkreftene. Dette er kundene, muligheten for at andre virksomheter kan etablere seg i markedet, leverandørene inn i markedet og alternativer til de varene eller tjenestene de eksisterende aktørene leverer (substitutter).

Så lenge det ikke skjer spesielle endringer i de fem hovedkreftene kan vi si at et markedet befinner seg i en form for "balanse". Vi tar da ikke i betraktning at det kan være andre forhold som kan skape ubalanse i markedet. Dersom det skjer endringer i én eller flere av de fem hovedkreftene kan det utløse endringer i én eller flere av de andre kreftene, som igjen vil utløse nye endringer også videre. Vi bruker denne tenkemåten som utgangspunkt for å drøfte hva som kan skje i markedet dersom det åpnes for e-handel og økt adgang til forsendelser.

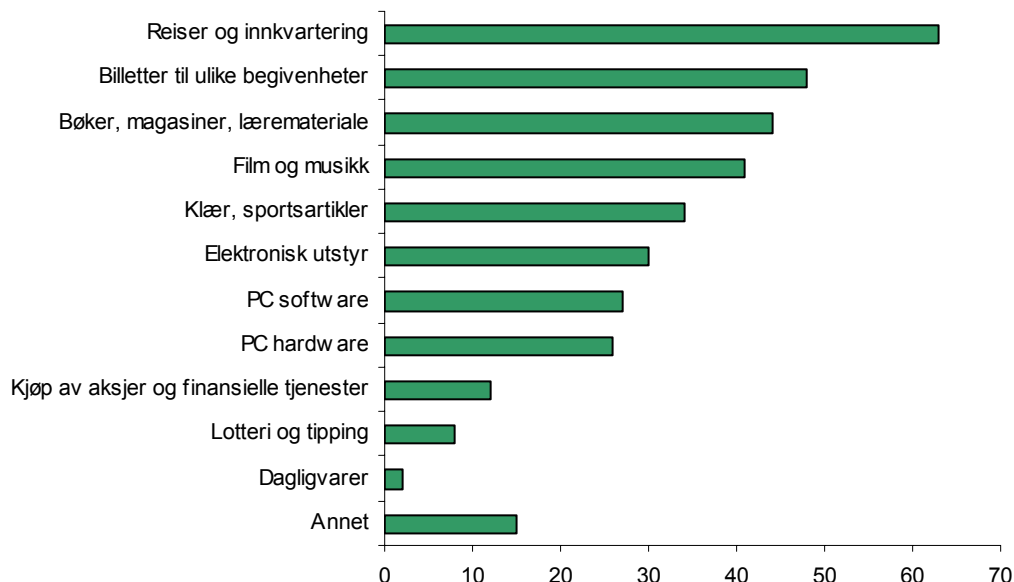
## 3.2 E-handel - et alternativ som kan endre markedet

Apotekene leverer tjenester. For det første sørger apotekene for at legemidler distribueres til forbrukerne gjennom et nett av driftslokaler eller butikker som forbrukerne kan oppsøke. Apotekene bidrar også til å sikre legemiddelbruken ved å kontrollere resepter og veilede forbrukerne. Endringer av distribusjonsreguleringene vil åpne for at apoteketjenester kan leveres gjennom en annen kanal enn fysiske apotek. En ny distribusjonskanal representerer et *alternativ* til dagens nett av fysiske apotek.

Erfaringer fra andre land og andre næringer viser at e-handel generelt er en svært effektiv og populær kanal for kjøp og salg av varer og tjenester. En rekke varer og tjenester omsettes i dag via e-handel. Vi har ikke noe mål på omsetningen

innenfor ulike næringer, men Figur 3.3 viser handlevanene til de som handler via internett. Figuren viser at vi handler både varer og tjenester på internett.

Figur 3.3 *Type varer og tjenester handlet av de som har handlet via internett siste 12 måneder. 2005. Prosent*

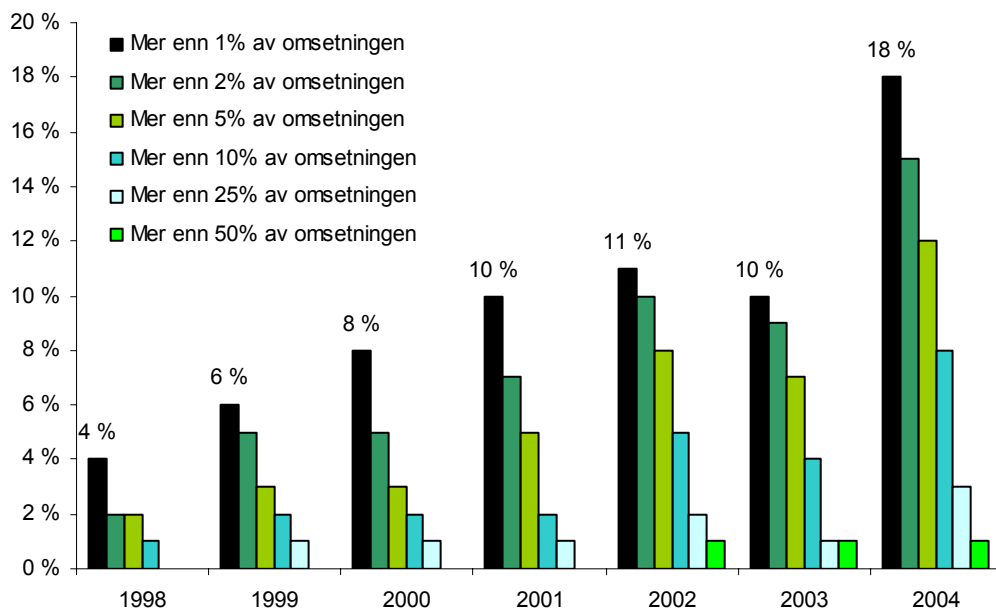


Kilde: SSB

Figur 3.4 viser andelen foretak i Norge med omsetning fra e-handel, og hvor stor andel av omsetning til disse foretakene som kanaliseres gjennom e-handel. (Bare foretak med mer enn 10 ansatte er inkludert, videre er bank og finansnæringen utelatt). De sorte stolpene viser andelen foretak som kanaliserer minst 1 prosent av salget via e-handel. Den litt kortere (mørkegrønne) stolpen viser andelen foretak som kanaliserer minst 2 prosent av salget via e-handel. De øvrige stolpene (lysegrønne og turkise) viser likeledes andelen foretak som kanaliserer henholdsvis 5, 10, 25 og 50 prosent av omsetningen via e-handel.

Andelen foretak med omsetning fra salg via internett er altså mer enn firedoblet på seks år og for flere og flere foretak blir internett en viktig salgskanal.

Figur 3.4 *Internettsalg. Andel foretak med omsetning fra salg via internett. Foretak med 10+ ansatte. 1998-2004. Prosent*

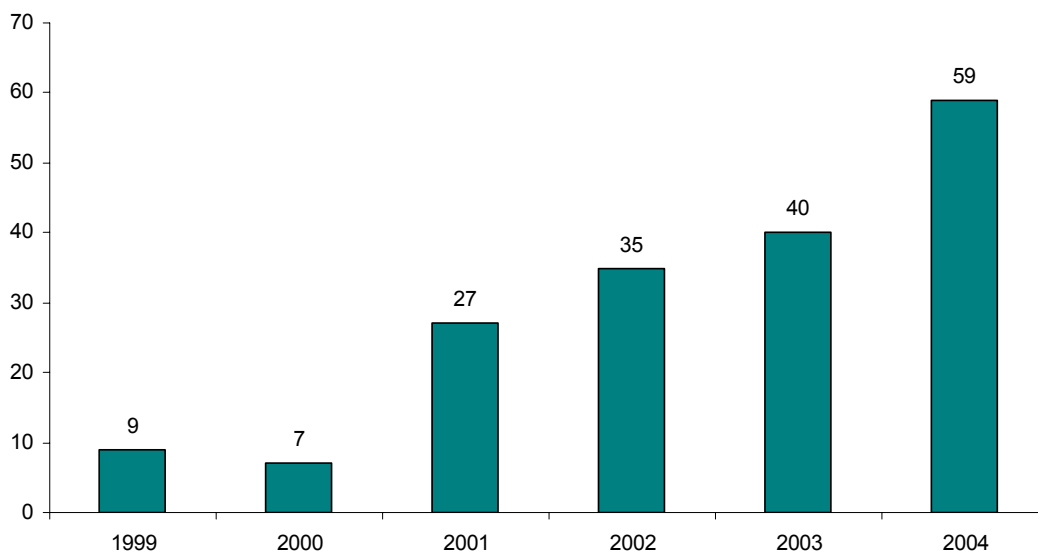


Kilde: SSB

Figur 3.5 viser omsetningen via internett i perioden 1999 til 2004. Også her viser figuren foretak (utenom bank- og finansnæringen) med mer enn 10 ansatte. Fra 1999 til 2004 er omsetningen mer enn seksdoblet.

Omsetningen viser altså en enda sterkere vekst enn andelen foretak med e-handelsomsetning. Det innebærer at en del av omsetningsveksten kommer fra nye foretak som lanserer e-handel og en del kommer fra foretak som allerede har lansert dette og som selger stadig mer via denne kanalen.

Figur 3.5 *Volum. Internettsalg. Foretak med 10+ ansatte. 1998-2004. Milliarder kroner*



Kilde: SSB

Dersom vi hadde lagt til de minste foretakene i Figur 3.4 og Figur 3.5. ville de trolig bidratt til at andelen foretak med e-handel ble lavere, fordi små foretak i mindre grad har ressurser til å etablere e-handelsløsninger. Men de ville likevel bidratt til å trekke omsetningen opp. Dersom vi hadde lagt til foretak i bank- og finansnæringen i de to figurene ville det trolig bidratt til at både andelen foretak og omsetningen ble høyere.

E-handel er med andre ord etablert som en seriøs handelsform i en rekke bransjer. E-handel og forsendelse med legemidler kan på samme måte gi nye muligheter i apotekmarkedet. I følge Arruñada (2004) er de fleste legemidler små, veier lite og koster mye, noe som i utgangspunktet gjør dem ideelle for e-handel. Erfaringene fra andre land viser at det er mulig å selge legemidler via internett. Hvordan mulighetene utnyttes og hvilke endringer som kommer, avhenger av hvordan og hvor mye reguleringene endres og hvordan eksisterende aktører, potensielt nye aktører, forbrukerne og leverandører opptrer når endringene trer i kraft.

### 3.3 Eksisterende aktører agerer

Dagens apotekmarked består av tre de apotekkjedene Apokjeden, Vitus og Alliance samt andre apotekgrupperinger og frittstående apotek. Kjedenes består av horisontalt og vertikalt integrert apotek og grossist. De andre aktørene benytter kjedenes grossister.

Vi har ikke kartlagt *apotekaktørenes* holdninger til, eller planer for å etablere e-handel og forsendelsesløsninger. Men, de eksisterende apotekaktørene vil trolig ikke la muligheten til å ta i bruk e-handel og forsendelser gå fra seg. Presseopp-slag antyder at apotekkjedene har nettløsninger klare i påvente av at det kan komme endringer i reguleringer. I følge Aftenposten (2005) signaliserer både Apotek1/Apokjeden og Vitus at de har nettløsningene klare når lovendringen kommer. Vi skal her beskrive det som sannsynligvis er det økonomiske rasjonale bak etablering av e-handel i apoteksektoren.

Figur 3.6 viser en forenklet verdikjede for en grossist og et apotek. Innenfor tradisjonell apotekvirksomhet yter grossist/apotek følgende tjenester for å bringe legemidler fra produsenten til forbrukeren: de står for innkjøpene, de holder et lager av alle godkjente legemidler, de distribuerer legemidlene til apotek over hele landet og de informerer om og selger/utleverer legemidler til forbrukerne.

Figur 3.6 Verdikjede. Grossist og apotek

|                                 |              |                |                                 |                    |           |
|---------------------------------|--------------|----------------|---------------------------------|--------------------|-----------|
| <b>Tradisjonell varehandel:</b> | Innkjøp<br>→ | Lagerhold<br>→ | Distribusjon<br>til detaljist → | Detaljistsalg<br>→ | Forbruker |
| <b>e-handel:</b>                | Innkjøp<br>→ | Lagerhold<br>→ | Forsendelse<br>→                |                    | Forbruker |

Kilde: ECON

En av de største kommersielle fordelene med e-handel er at transaksjonskostnadene er lavere enn i tradisjonell handel, jf. blant annet The Economist (2004). Innsparingspotensialet ved e-handel og forsendelser innebærer at apotekaktørene kan rasjonalisere detaljistleddet, og på den måten redusere kostnadene. Apotekenes beliggenhet er en av de viktigste konkurranseparametrene i apotek-

markedet. Det innebærer at husleiekostnadene ved å drive apotek er relativt høye. Kvalitet og service er en annen konkurranseparameter. Det innebærer at apotekene må ha nok personell til å kunne drive veiledning og yte service til kundene.

Når salg formidles via e-handel må ikke distribusjonen skje med utgangspunkt i de dyreste butikklokalene, men kan skje fra et sted med mindre sentral beliggenhet. Det kan også være mulig å effektivisere staben fordi ekspederingen kan strømlinjeformes mer enn den kan i en fysisk butikk. Veiledning om produktene og ekspedering av resepter og bestillinger kan også separeres, og slik kan effektiviteten økes.

En overgang fra salg fra detaljist til forsendelser vil også innebære kostnader. For det første koster det å etablere og drive et e-handelstilbud i forhold til teknologisk infrastruktur og lignende. Selve forsendelsene koster også, og det vil enten gjøre legemidlene dyrere for forbrukeren (isolert sett) eller redusere marginene for apotekaktørene.

Dersom reguleringene endres må apotekaktørene veie innsparingsmulighetene og kostnadene opp mot hverandre når de vurderer hvordan, og om de skal øke tilbudet av tilsendte legemidler. Forutsetningen for at de skal etablere forsendelser basert på e-handel er selvfølgelig at reguleringene endres i en slik grad at det lønner seg. Eller at aktørene forventer at en eventuell streng regulering på sikt vil bli myket opp.

### **3.4 Muligheten for nyetablering øker**

Det er alltid en mulighet for at *nye aktører* kan etablere seg i markedet. Sannsynligheten for nyetablering i et marked avhenger av hvilke etableringshindringer som er til stede, sammen med forventede reaksjoner på ”inntrengeren” fra de eksisterende tilbydere.

I dagens apotekmarked er det ikke nødvendigvis etableringshindringer i forhold til å opprette enkeltstående apotek, så lenge vilkårene i loven oppfylles. Det er imidlertid krevende å etablere seg som en betydelig aktør. Dette skyldes primært at det er stordriftsfordeler i drift av integrerte detaljist- og grossistfunksjoner. Stordriftsfordelene gjør at en ny aktør må etablere virksomhet på flere ledd i verdikjeden, og åpne et visst antall utsalg for å kunne tilby et tilsvarende pris- og servicenivå som de eksisterende store, aktørene.

Endringer i distribusjonsreguleringer kan gjøre det enklere enn i dag for nye aktører å etablere apotek som kan nå en stor del av markedet. Særlig vil dette være knyttet til hvordan kravet om at apotek skal være fysisk tilgjengelig for publikum håndteres, jf. drøftingene i kapittel 2.

De første e-handelsbutikkene som ble etablert og som fremdeles har en sterk posisjon i markedet er rene e-handelsforetak, blant annet Amazon (bokhandel med mer) og e-bay (en internettbrukthandel, der hvem som helst kan selge og kjøpe varer). I følge The Economist (2006) har de rene e-handelsbutikkene imidlertid etter hvert begynt å møte konkurranse fra tradisjonelle varehandelsforetak med integrerte e-handelstilbud, blant annet Walmart og Target (varehandelskjeder i USA), Argos og Tesco (varehandelsskjeder i Storbritannia).

Åpning for e-handel med legemidler vil kunne gi økt apotektilbud i markedet. Det er likevel flere grunner til at kombinasjonen av et nett av fysiske produkter og e-handelsbutikker fungerer godt. Lærdommen fra utviklingen i andre næringer tilsier at apotekaktørene som er etablert med et nett av fysiske apotek over hele landet vil ha fordeler også når det gjelder å etablere e-handelstilbud. Disse fordelene svekker attraktiviteten i nyetableringer noe.

### 3.5 Kundene vil på sikt benytte tilbudet

Det er *kundenes* atferd som i siste instans avgjør om et forretningskonsept blir en suksess eller ikke. Kundene påvirker i stor grad hvordan et marked utvikler seg gjennom sine preferanser, holdninger og adferd.

#### Preferanser og holdninger

Figur 3.7 viser en forenklet verdikjede for en forbruker som kjøper reseptfrie legemidler på et tradisjonelt apotek og via e-handel. I dag foregår innkjøp av reseptfrie legemidler ved at forbrukerne bestemmer seg for at de trenger for eksempel smertestillende tabletter, de oppsøker et apotek, vurderer eventuelt utvalget, noen ganger ved å søke råd hos apotekpersonalet, betaler og kan så ta legemiddelet i bruk, enten med en gang eller på et senere tidspunkt. I e-handel er apotekbesøket borte.

Ikke alle kjøpsprosesser foregår så strukturerte som vi har illustrert i figuren. En del innkjøp foregår mer eller mindre ved impuls der det nesten ikke er mulig å skille beslutningen og vurderingen, og begge deler skjer etter at man har gått inn i en butikk. Men selv om rekkefølgen på elementene i kjøpsprosessen kan være annerledes vil alle kjøpsprosesser inneholde de samme elementene.

Figur 3.7 Verdikjede. Kjøpsprosess – reseptfrie legemidler

|                                 |                 |                    |                |           |                 |      |
|---------------------------------|-----------------|--------------------|----------------|-----------|-----------------|------|
| <b>Tradisjonell varehandel:</b> | Beslutning<br>→ | Til apotek<br>→    | Vurdering<br>→ | Kjøp<br>→ | Fra apotek<br>→ | Bruk |
| <b>e-handel:</b>                | Beslutning<br>→ | Til internett<br>→ | Vurdering<br>→ | Kjøp<br>→ | Vente →         | Bruk |

Kilde: ECON

Figur 3.8 viser en forenklet verdikjede for en forbruker som kjøper henholdsvis reseptpliktige legemidler på et tradisjonelt apotek og via e-handel.

Kjøp av reseptpliktige legemidler foregår på en annen måte enn kjøp av reseptfrie legemidler. Det er alltid en lege som vurderer behovet og velger legemiddel. Forbrukerne selv må bare oppsøke et apotek og hente legemidlene før de kan ta dem i bruk. På apoteket er det muligheter for å få veiledning, men forbrukerne tar ingen selvstendige beslutninger.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Kun når det gjelder generisk bytte, men det ser vi bort i fra for enkelhets skyld



Figur 3.8 Verdikjede. Kjøpsprosess – reseptpliktige legemidler

|                                 |                |                   |                  |            |                 |      |
|---------------------------------|----------------|-------------------|------------------|------------|-----------------|------|
| <b>Tradisjonell varehandel:</b> | Legebesøk<br>→ | Til apotek<br>→   | Veiledning<br>→  | Kjøp<br>→  | Fra apotek<br>→ | Bruk |
| <b>e-handel:</b>                | Legebesøk<br>→ | (Til internett →) | Valg av apotek → | Vente<br>→ | Betale<br>→     | Bruk |

Kilde: ECON

I e-handel vil det være en elektronisk reseptbank (jf. avsnitt 1.5) der legene legger inn resepter og der apotekene henter ut resepter. Forbrukerne skal kunne velge hvilket apotek de vil bruke. Valget kan enten treffes på legekantoret, og bestillingen gjøres da i praksis av legen. Eller så kan forbrukerne selv gå inn i reseptbanken og styre sine resepter mot det apoteket de ønsker å kjøpe legemidlene fra.

Fordelene for forbrukerne ved å benytte e-handel er at de slipper transport til og fra apotek, og at de sparer tid. Ulempen er at det tar lenger tid før man kan ta legemiddelet i bruk. Dette kan for eksempel være avgjørende dersom legemiddelet skal brukes akutt. I tillegg innebærer e-handel at man må betale for å få legemiddelet tilsendt. Mulighetene for å få informasjon om utvalget, priser og legemidlenes egenskaper er også forskjellige i et vanlig apotek og i et e-handels-tilbud.

Forbrukeren har ulike preferanse knyttet til disse faktorene. Generelt vet vi at sluttbrukerne i apotekmarkedet vektlegger tilgjengelighet og service mer enn de vektlegger pris. Figur 3.3 viste at vi handler både fysiske produkter (som det er knyttet en forsendelseskostnad til) og tjenester (som det ikke er knyttet forsendelseskostnader til) på internett. En del av produktene er imidlertid av en slik karakter at det koster relativt mye å sende dem, men bruksfrekvens tilsier likevel at vi har betalingsvilje. Ingen av produktene i figuren dekker behov som oppstår akutt og uforutsett slik mange legemidler gjør.

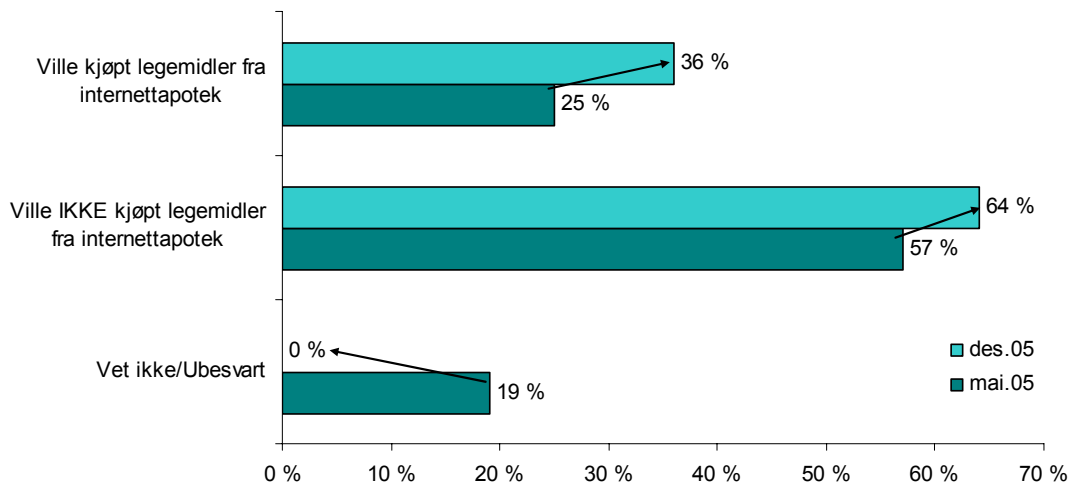
Sett fra forbrukerens side vil ikke forskjellene på de to tilbudsformene representere entydige fordeler eller ulemper. Det vil sikkert være noen som har preferanser for å kunne oppsøke en butikk og snakke ansikt til ansikt med personalet, mens andre vil være fornøyd med å lese seg til informasjon via internett, eventuelt snakke med fastlegen, eller en farmasøyt på telefon. Åpning for e-handel og forsendelser gjør at forbrukerne kan velge om de ønsker å kjøpe/hente legemidler på apoteket på tradisjonelt vis eller om det ønskes å bruke e-handelstilbudet.

Vi vet noe mer om forbrukernes ønsker om å handle legemidler via internett enn vi vet om apotekkjedenes holdninger til å etablere e-handelsløsninger. For det første har forbrukernes ønsker om e-handel med legemidler blitt kartlagt i flere anledninger, blant annet i regi av Posten og i regi av apoteknæringen selv (Apotekforeningens Apotekbarometer 2005). For det andre vet vi mer om karakteristika ved de som bruker e-handel enn vi vet om e-handelsbutikkene.

Figur 3.9 viser hvor stor andel av befolkningen som ønsker å handle legemidler via internett basert på apotekbransjens egen undersøkelse. I desember 2005 ville 36 prosent handle legemidler via internett dersom de hadde fått anledning til det. 64 prosent ville ikke handle legemidler via internett. Et halvt år tidligere hadde 20

prosent ingen mening om å handle legemidler på internett. Utviklingen gjennom året viser at det både er flere som blir negative til internetthandel med legemidler og flere som blir positive, men det de som er positivt øker mest.

Figur 3.9 Andel som (ikke) ønsker å handle legemidler på internett. 2005

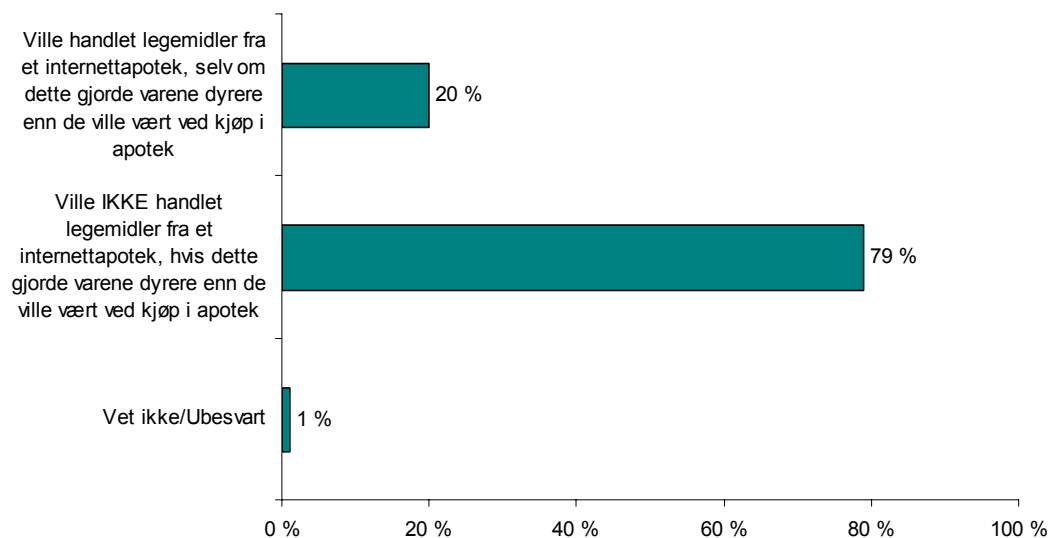


Kilde: Apotekforeningens Apotekbarometer 2005

En nedbryting av svarene på grupper med ulik handlefrekvens på apotek viser at de som ikke har handlet på et apotek i løpet av det siste året (før undersøkelsen ble foretatt) er noe mer negative til internetthandel med legemidler enn de som har handlet på et apotek.

Respondentene som svarte at de ville handlet legemidler fra et internettapotek (i Figur 3.9), fikk også et oppfølgingsspørsmål om de ville gjøre dette dersom det gjorde varene dyrere enn om de ble kjøpt på et apotek. Resultatene er vist i Figur 3.10. Om lag 20 prosent oppgir at de fortsatt kunne tenke seg å handle fra et internettapotek selv om varene var dyrere.

Figur 3.10 Andel som ville handlet legemidler på internett selv om det ble dyrere



Kilde: Apotekforeningens Apotekbarometer 2005

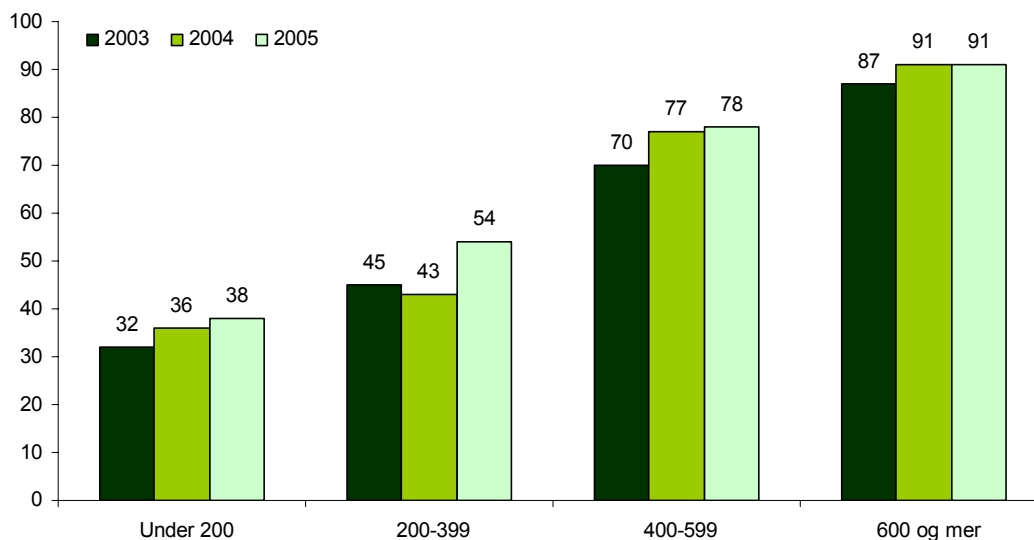
En forklaring på at noen vil handle legemidler på internett selv om det ble dyrere kan være at de holder ekstrakostnadene opp mot kostnaden forbundet med å gå til og fra et apotek. I nedbrytninger kan vi se at en mulig sammenheng med besøksfrekvens. Villigheten til å betale mer for varene ved å handle fra et internettapotek er størst for respondentene som har lavest besøksfrekvens (andelen som svarer ja her er 26 prosent). Villigheten synker proporsjonalt med besøksfrekvensen, og er 0 prosent blant de respondenter som besøker apoteket mer enn 26 ganger i året.

### Ulike muligheter i befolkningen

Erfaringer med befolkningens bruk av internett kan indikere hvordan forbrukerne vil tilpasse seg dersom distribusjonsreguleringene endres. Som nevnt tidligere har e-handel med varer og tjenester i løpet av få år blitt svært vanlig, og en stor del av befolkningen har erfaring med å handle på denne måten.

Figur 3.11 viser hvor stor andel av husholdningene innenfor ulike inntektsgrupper som hadde tilgang til internett i 2003, 2004 og 2005. Det er store forskjeller mellom inntektsgruppene, men forskjellene er i ferd med å avta noe. Blant husholdninger som har en inntekt på mindre enn 200.000 kroner var det knapt 40 prosent som hadde tilgang til internett i 2005. Blant husholdninger som har en inntekt på mer enn 600.000 kroner var det over 90 prosent som hadde tilgang til internett i 2005. Andelen husholdninger med tilgang til internett øker imidlertid noe mer i lavinntektsgruppene enn i høyinntektsgruppene.

Figur 3.11 *Andel husholdninger med tilgang til internett. Ulike inntektsgrupper. Prosent. 2003-2005*

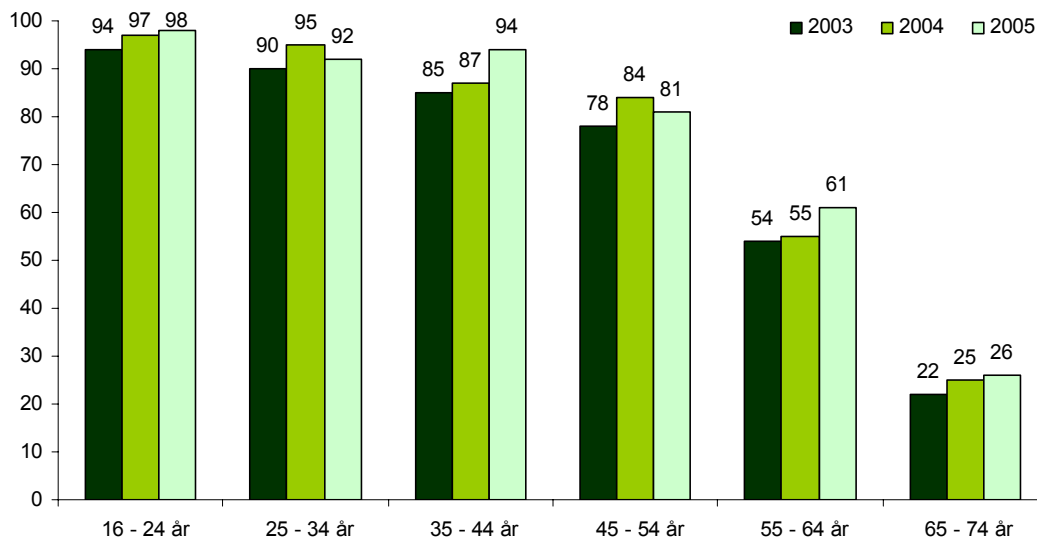


Kilde: SSB

Figur 3.12 viser andelen personer i ulike aldersgrupper som har brukt internett de siste tre månedene før undersøkelsen ble foretatt, i 2003, 2004 og 2005. Det er store forskjeller mellom aldersgruppene, men forskjellene er i ferd med å avta noe. Blant personer som er yngre enn 44 år er det små forskjeller, og svært få som ikke har brukt internett de siste tre månedene. For de som er 45 år og eldre er det en avtagende sammenheng mellom alder og bruk av internett. Men bruken øker innenfor alle aldersgrupper. Og ser vi 10 år frem i tid vil de som i dag er mellom

35 og 44, være mellom 45 og 54, og så videre. Det er derfor grunn til å tro at forskjellen mellom aldersgruppene vil viskes ut over tid.

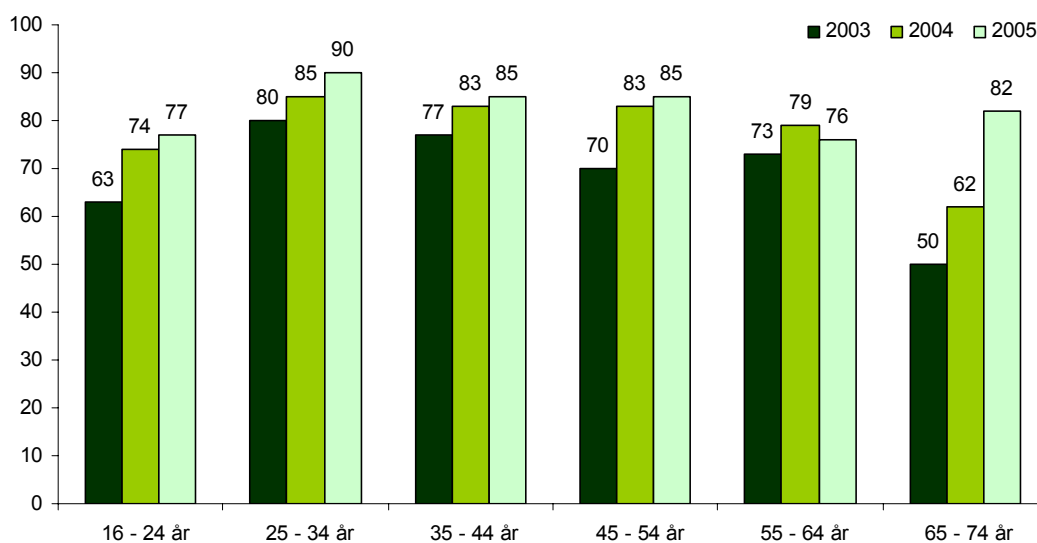
Figur 3.12 *Andel som har brukt internett siste 3 måneder. Ulike aldersgrupper. Prosent. 2003-2005*



Kilde: SSB

Når det gjelder bruk av internett som kjøpskanal er det små forskjeller mellom aldersgruppene. Figur 3.13 viser andel av internettbrukere i ulike aldersgrupper som har handlet via internett de siste 3 månedene før undersøkelsen ble foretatt, i 2003, 2004 og 2005. For året 2005 er det ingen systematiske forskjeller mellom aldersgruppene. Det er en endring fra 2003, da de eldre handlet vesentlig mindre via internett enn andre voksne.

Figur 3.13 *Andel av internettbrukere som har handlet via internett siste 3 måneder. Prosent. 2003-2005*



Kilde: SSB

Vi har tidligere sett at 36 prosent av befolkningen kan tenke seg å handle legemidler på nett, jf. Figur 3.9. Dersom vi ser dette i lys av ulike aldersgrupper, viser undersøkelsen at det er de yngste som er mest positive til å handle legemidler på internett. I gruppen 15-29 år er 46 prosent positive, mens 49 prosent av 30-45 åringene er positive. De eldste (60+) er mest negative. Her er kun hver tiende positiv. Dette har sannsynlig sammenheng med denne gruppens bruk av legemidler og internett. De største legemiddelbrukerne er primært godt voksne mennesker, jf. kapittel 4. Eldre mennesker benytter foreløpig internett og e-handel i mindre grad enn de yngre aldersgruppene.

I første omgang vil det være yngre med relativt god råd som har mulighet til og ønske om å handle legemidler på denne måten. På samme måte vil de som kan planlegge sitt forbruk (kronikere) sannsynligvis ha lettere for å benytte seg av et e-handelstilbud. På sikt vil internettilgang og e-handelsmuligheter i større grad jevnes ut blant ulike deler av befolkningen, og en andel vil benytte seg av e-handel av legemidler dersom de får anledning til det. Forskjellene mellom personer med god og dårlig råd kan gjøre seg gjeldende noe lenger. Men denne forskjellen vil ikke være viktig for de reseptpliktige legemidlene. E-handel med reseptpliktige legemidler krever ikke nødvendigvis at forbrukeren har tilgang til internett, men at legen som skriver ut resepten har slik tilgang.

E-handel med legemidler er et relativt nytt fenomen. Fenomenet er mest utviklet i USA, men er også i framvekst i Europa. En foreløpig observasjon er at e-handel har blitt et relativt lite supplement til det fysiske distribusjonsnett. I Danmark går en liten andel av salget gjennom e-handel. I Sverige er målet at e-handel på sikt skal ha om lag 20 prosent av omsetningen i markedet. I Norge har aktører i markedet antydnet at e-kanalen kan stå for om lag 10-15 prosent av markedet. I USA, hvor e-handel med legemidler er godt utviklet, er markedsandelen via e-handel mellom 10 og 15 prosent.

### **3.6 Leverandørene kan bli mer aktive**

Den siste faktoren i markedet er *leverandørene*. Leverandørene i apotekmarkedet er i hovedsak legemiddelprodusentene. Produsentene av legemidler er mange, og de er dels små i forhold til antallet og størrelsen på grossistene/apotekene. De kan ikke etablere egne grossist-/eller detaljistfunksjoner.

Dersom distribusjonsreguleringene endres kan dette påvirke adferden til leverandørene av legemidler. Våre drøftinger åpner ikke for at leverandørene selv kan distribuere legemidler til sluttbruker. I den grad distribusjonsreguleringene åpner for nisjeløsninger i markedet, kan det gi muligheter for at apotekene etablerer nisjeløsninger i samarbeid med enkeltleverandører eller grupper av enkeltleverandører. Avhengig av hvordan e-handelsmarkedet utvikler seg, og hvilke forpliktelser som knytter seg til levering av varer i de nye tilbudene, kan imidlertid leverandørene få flere aktører å levere til. Dersom konkurransen mellom apotekvirksomheten endres, kan dette også påvirke leverandørenes betingelser.

## 4 Konsekvenser for legemiddelpolitiske mål

Dagens regulering av apotekmarkedet er et av myndighetenes virkemidler for å oppnå de legemiddelpolitiske målene om tilgjengelighet, sikker bruk og lavest mulig pris på legemidler. Dersom distribusjonsreguleringene endres kan det få konsekvenser for de legemiddelpolitiske målene. Formålet med en eventuell endring må være å legge til rette for bedre måloppnåelse. Selv om det er mulig å oppnå en bedre måloppnåelse totalt sett kan endringer likevel ha uheldige konsekvenser i noen deler av markedet, på enkelte områder eller for enkelte personer. Dette skal vi drøfte i dette kapitlet. (jf. Figur 4.1).

Figur 4.1 Tema for analyse



Kilde: ECON

### 4.1 Legemiddelpolitiske mål og apotekenes rolle

Vi har vist myndighetenes mål med legemiddelpolitikken i kapittel 1. De legemiddelpolitiske målene gjelder for hele verdikjeden, både fremstilling, omsetning og bruk. Når vi skal drøfte konsekvenser av e-handel og økt adgang til forsendelser er det måloppnåelsen på omsetningsleddet, eller apotekleddet det er relevant å studere.

Apotekene spiller en viktig rolle i omsetningen av legemidler, og bidrar til måloppnåelse på legemiddelfeltet på flere områder. De bidrar til måloppnåelse med hensyn til

- tilgjengelighet til legemidler: apotekene er *hoveddistribusjonskanal* for legemidler (noen legemidler distribueres også av andre).
- sikkerhet og effekt: apotekene er *kvalitetsfilter* for kundenes tilgang til riktige legemidler: De er filter mellom legens forskrivning av reseptpliktige

legemidler og forbrukerens uthenting av legemidlene, og også filter for forbrukernes egengenererte kjøp av reseptfrie legemidler (egenomsorg).

- riktig bruk: apotekene *overfører kompetanse* til kundene slik at kundene bruker legemidlene riktig.
- lavest mulig pris: Lavest mulig pris oppfylles på en rekke legemidler primært gjennom reguleringer. I dag er det liten konkurranse på pris på sluttbrukerleddet. Apotekene bidrar likevel, særlig gjennom å *administrere ordningen med generisk bytte*, til prisdempende effekter i markedet (særlig for myndighetene).
- betalingsevne: Betalingsevne oppfylles primært ved at blåreseptrefusjonen ivaretar forbrukere med store utgifter til legemidler og at fraktrefusjonsordningen ivaretar dyre forsendelser som følge av dårlig tilgjengelighet for særskilte brukere. Apotekene bidrar imidlertid til at disse ordningene fungerer ved å *forskuttere* blåreseptrefusjoner samt utgifter til frakt for myndighetene.

I det følgende skal vi drøfte hvordan endringer i distribusjonsreguleringer kan tenkes å påvirke oppnåelse av de legemiddelpolitiske målene med utgangspunkt i apotekenes rolle i legemiddelmarkedet.

## 4.2 Argumenter i debatten

Stortingsmeldingen om legemidler (St. meld. nr 18 (2004-2005)) og Stortingets debatt (Innst. S. nr. 197 (2004-2005)) av denne drøfter de fleste argumentene for og i mot endringer i distribusjonsreguleringene med utgangspunkt i bestemmelsene om forsendelser og krav til fysisk apotek:

Argumentene er blant annet at

- ikke alle forbrukere har behov for å møte opp i apotek for å få utlevert legemidler. Kontakt med lege, egne erfaringer og vedlagt preparatomtale er ofte tilstrekkelig. Forsendelse kan derfor være et godt alternativ ved enkel legemiddelbruk og for kronikere som bruker det samme legemiddelet over lang tid. Informasjon kan også formidles på annen måte, for eksempel via telefon.
- behovet for å kunne sende legemidler i Norge er stort, og forsendelser i nærområdet foregår i stor skala allerede i dag. Man har derfor allerede erfaring med å veilede ved forsendelser. Den samme sikkerhets- og veiledningsproblematikk gjelder enten det er kort eller lang vei til apotek.
- internettapotek er allerede etablert i Europa, og enkelte av disse retter seg mot det norske markedet. Ettersom internetthandel blir mer og mer vanlig er det grunn til å tro at forbrukerne vil etterspørre legemidler på internett også. Ved å legge til rette for norske forsendelsesløsninger kan myndighetene stille krav til de virksomhetene som sender legemidler.
- det er behov for flere spesialiserte apotek som kan betjene spesielle forbrukergrupper. Lokale apotek kan ikke forventes å ha lagerhold og tilstrekkelig kompetanse til å dekke alle behov. Sykehusapotek ivaretar i dag mange tidligere sykehuspasienters behov for spesialiserte legemidler ved

forsendelse. Andre apotek kan også spille en viktig rolle for bestemte forbrukergrupper, dersom forsendelse til hele landet blir mulig.

- kundene kan bli mer prisbevisste, dersom apotekvalget gjøres på internett eller ved annen postordre. Særlig er dette av betydning i områder hvor en kjede har etablert en monopolstilling.

Som vi ser er argumentene for økt forsendelsesadgang i stor grad knyttet til at det vil bedre tilgjengeligheten til en rekke forbrukere, og at dette kan representere et servicetilbud til kunder.

Argumenter som framheves mot å utvide forsendelsesadgangen er først og fremst

- hensynet til distriktsapotekene og befolkningen i distriktene. Utvidet forsendelsesadgang kan gi redusert omsetning for de distriktsapotekene som i dag sender mye legemidler. Særlig er dette tilfellet på Vestlandet og i landets nordligste fylker. Ved en utbredt bestilling av legemidler fra andre enn det lokale apoteket, vil omsetningen lokalt kunne reduseres betydelig. Dette kan på lengre sikt føre til et dårligere tilbud til lokalbefolkningen.
- behovet for veiledning. En samtale ansikt til ansikt med en legemiddelkyndig person kan være nødvendig for å oppdage misforståelser og fange opp spørsmål om riktig legemiddelbruk. Det framheves imidlertid at det foregår forsendelse i stor grad allerede i dag i apotekenes nærområder, og at det ikke gis særskilt veiledning i disse tilfellene.
- sikkerheten ved lang transportvei. Det stilles spørsmål ved bruk av ordinær postgang for forsendelser og at det må utredes grundig hvilke krav som må stilles til sikker sending av legemidler.

I det følgende skal vi belyse flere av disse momentene nærmere.

## 4.3 Tilgjengelighet til legemidler

Et av de sentrale målene i legemiddelpolitikken er at befolkningen skal ha *tilgang* til sikre og effektive *legemidler* uavhengig av betalingsevne og bosted. Her drøfter vi hvordan selve tilgjengeligheten til legemidler kan tenkes å bli påvirket av en endring i distribusjonsreguleringene.

I dag har befolkningen tilgang til legemidler gjennom

- de fysiske apotekene,
  - som er pålagt å levere alle godkjente legemidler
  - og som sender legemidler til forbrukere i nærområdet
- medisinslag, som er et utleveringssted for legemidler
- dagligvarehandelen, som selger et begrenset utvalg reseptfrie legemidler.

I følge Stortingsmeldingen om legemidler (St. meld. nr. 18 (2004-2005)) er det apotekene og medisinslagene som garanterer befolkningen tilgang til legemidler. Meldingen diskuterer blant annet om apotekdekningen er tilstrekkelig i dag. Det slås fast at apotekdekningen ikke er like god i alle deler av landet. Men at leveringskanalene i sum gir en legemiddelforsyning som synes å fungere tilfredsstillende.



For å opprettholde dagens apotekdekning i områder med dårlig dekning har myndighetene noen virkemidler. Utsatte apotek i distriktene mottar driftsstøtte. Til sammen får 17 apotek 3,7 millioner kroner i støtte per i dag. Det gis tillatelse til å fravike driftskrav (for eksempel lørdagsstengning og forkortet åpningstid, salg av andre tjenester: post og kiosk, ledelse av reseptar isteden for cand.pharm.). Det brukes også andre virkemidler (kommuner kan gis driftskonsesjon, det kan ytes næringsstøtte, det kan gis pålegg om drift i utkantstrøk, det kan settes et tak på antall konsesjoner). For å avhjelpe *mangelen* på apotek tillates også forsendelser i begrenset omfang, medisinsalg, salg av enkelte reseptfrie legemidler i dagligvarehandelen. I tillegg har leger anledning til å gi forbrukerne legemidler for bruk frem til apotek kan oppsøkes. I særlige tilfeller kan leger også gis tillatelse til å selge legemidler ut over dette for å dekke nødvendige behov.

I hvilken grad tilgjengeligheten til legemidler vil påvirkes av en endring i distribusjonsreguleringene avhenger av hvordan regelverket utformes og hvordan markedet responderer på regelendringene. Jo mer liberalt regelverket blir, desto sterkere kan vi forvente at markedets respons blir, og desto mer omfattende kan konsekvensene for tilgjengeligheten bli.

Vi starter med å drøfte hvordan tilgjengeligheten til legemidler kan påvirkes av at det åpnes for e-handel og økte forsendelser. Deretter drøfter vi hvordan dette kan tenkes å påvirke det eksisterende nettet av apotek.

### 4.3.1 Direkte konsekvenser av økt forsendelsesadgang

Dersom regelverket endres tilstrekkelig til at én eller flere virksomheter etablerer e-handelsløsninger vil det isolert sett føre til en bedring av tilgjengeligheten for de som har enkel tilgang til internett. Bedringen vil trolig oppleves større for de som i utgangspunktet har lang vei til apotek enn for de som har kort vei til apotek. Men det vil likevel innebære en bedring for alle disse. Tilgjengeligheten bedres også som følge av at bestillinger kan skje uavhengig av åpningstider på fysiske apotek, og når det passer kundene best. Avhengig av hvordan reguleringene innrettes vil tilbudet også kunne bedres som følge av at vi kan få sterkere grad av spesialisering, for eksempel i form av nisjeapotek innenfor spesielle sykdoms- eller brukergrupper.

- Dersom legemidler bestilt over internett må hentes av forbrukeren eller andre på et postkontor eller må mottas personlig av et bud vil endringen i tilgjengeligheten trolig ikke oppleves like positiv.

Det må likevel sies at slike restriksjoner trolig ikke vil være til hinder for at forbrukerne vil oppleve en nytteforbedring ved å kunne bestille legemidler over internett. I følge tidsskriftet *The Economist* (2006) har den amerikanske varehandelsskjede WalMart etablert en internettbutikk der forbrukerne kan bestille varer, men velge å hente varene i butikken fremfor å få de tilsendt. Mange kunder velger denne løsningen. Denne markeds-tilpasningen viser at forbrukerne opplever bare det å kunne bestille varer på internett som en forbedring.

- Dersom man trenger et legemiddel akutt vil ikke nødvendigvis e-handel gi bedre tilgang på legemidler enn et fysisk apotek. I en akutt situasjon kan kostnaden ved å måtte vente for eksempel et døgn på å få legemidlene tilsendt oppleves som større enn kostnaden det er å oppsøke et fysisk apotek

og kjøpe legemidlene direkte. Med kostnad mener vi ikke bare et pengebeløp, men også ulempen forbrukeren opplever ved ikke å få behandling når det er akutt nødvendig.

- Dersom A- og B-legemidler og andre legemidler unntas fra en forsendelsesordning vil tilgjengeligheten til disse legemidler nødvendigvis ikke endre seg.

De som ikke har enkel tilgang til internett vil imidlertid ikke oppleve den samme bedringen i tilgjengeligheten. Det er også forhold som kan trekke i retning av at de som har størst forutsetninger for å nyttegjøre seg mulighetene som e-handel kan gi, ikke vil oppleve bedre tilgjengelighet på alle områder.

### 4.3.2 Indirekte konsekvenser på apoteknett

Drøftingen ovenfor er partiell. Vi har ikke tatt hensyn til at etablering av e-handel kan medføre at aktørene i markedet kan ønske å rasjonalisere det fysiske apoteknett. Det vil i så fall trekke i retning av at tilgjengeligheten til enkelte legemidler blir redusert. Det gjelder eksempelvis akuttlegemidler, og A- og B-legemidler og andre legemidler, dersom disse unntas fra forsendelsesordningen. Dersom det åpnes for at virksomheter som driver med forsendelser kan fravike fullsortimentskravet vil tilgjengeligheten til de ulike legemidlene avhenge av hvilke markeds løsninger vi får. Dersom reguleringene åpner for dette, og ingen markedsaktører velger å satse på å tilby et fullt sortiment for forsendelser kan tilgjengeligheten til enkelte legemidler svekkes. Tilgjengeligheten vil også bli redusert for personer som ikke har enkel tilgang til og kan benytte seg av internett. I tillegg kan tilgjengeligheten reduseres dersom løsningene generelt vil innebærer at kundene må vente lengre på å få legemidlene.

Det er vanskelig å forutsi hva som vil skje med det fysiske apoteknett. Om tilgjengeligheten til fysiske apotek trues av e-handel avhenger av hvor stor andel av omsetningen som flyttes mellom de to kanalene, hvor god økonomi det er i driften av dagens apotek og hvor mange apotek som finnes i et område. Dette er forhold som vi ikke har full informasjon om:

- Vi vet ikke hvilken form endringer i distribusjonsreguleringene vil ta. Dersom forsendelsesadgangen kun øker marginalt, ved at det geografiske området som apotekene kan sende legemidler til utvides noe, vil antallet apotek som rasjonaliseres bort ned neppe være vesentlig. Dersom apotekene kan sende legemidler til hele landet vil derimot marginale apotek være langt mer utsatt. Dette vil også være knyttet til hvilke reguleringskrav som stilles til opprettholdelse av fysiske apotek.
- Vi vet ikke hvor lang tid det vil ta før forbrukerne går over til å benytte e-handelstilbud for legemidler. Storforbrukerne av legemidler i dag (eldre, kronisk syke og funksjonshemmede) tilhører grupper med dårlig tilgang til internett og har ofte dårligere økonomi. Internetttilgangen vil trolig bedre seg i alle grupper over tid, men hvor fort utviklingen vil gå og hvor fort forbrukerne vil venne seg til å handle legemidler på internett er likevel usikkert. Basert på erfaringer fra andre land antydes det at markedsandelen til e-handel vil ligge på 10 til 20 prosent.

- Vi vet ikke hvor mange apotek som går dårlig økonomisk og hvilke apotek som vil miste omsetning, og hvor mye omsetning de vil miste som følge av etablering av e-handel.
- Vi vet ikke hvor stor andel forsendelser de ulike apotekene har i dag. Apotek som allerede har en svært stor andel av omsetningen fra forsendelser vil være utsatt dersom det blir gitt tillatelse til å sende legemidler til hele landet. For en aktør som like godt kan sende legemidler fra Oslo til Finnmark som internt i Finnmark kan det lønne seg å sentralisere hele forsendelsesvirksomheten ett sted. Eksistensberettigelsen til distriktsapotek med mye forsendelser kan da forsvinne for markedsaktørene.

E-handel kan med andre ord sette den eksisterende apotekstrukturen under press, som følge av at muligheten for å drive mer effektiv distribusjon. De som da eventuelt mister sitt apotek kan dermed oppleve dårligere tilgjengelighet til legemidler.

For å få et bilde av hvor utsatt apoteknettverket er i dag beskriver vi nedenfor strukturen i apoteknettverket og kommenterer konsekvenser av bortfall av apotek.

### Dagens apotekstruktur og sårbarhet

Per i dag er det ca 560 apotek i Norge. En stor andel av apotekene befinner seg i de tett befolkede områdene rundt Oslo, Bergen og Trondheim, jf. Figur 4.2. Finnmark og Sogn og Fjordane har relativt få apotek.

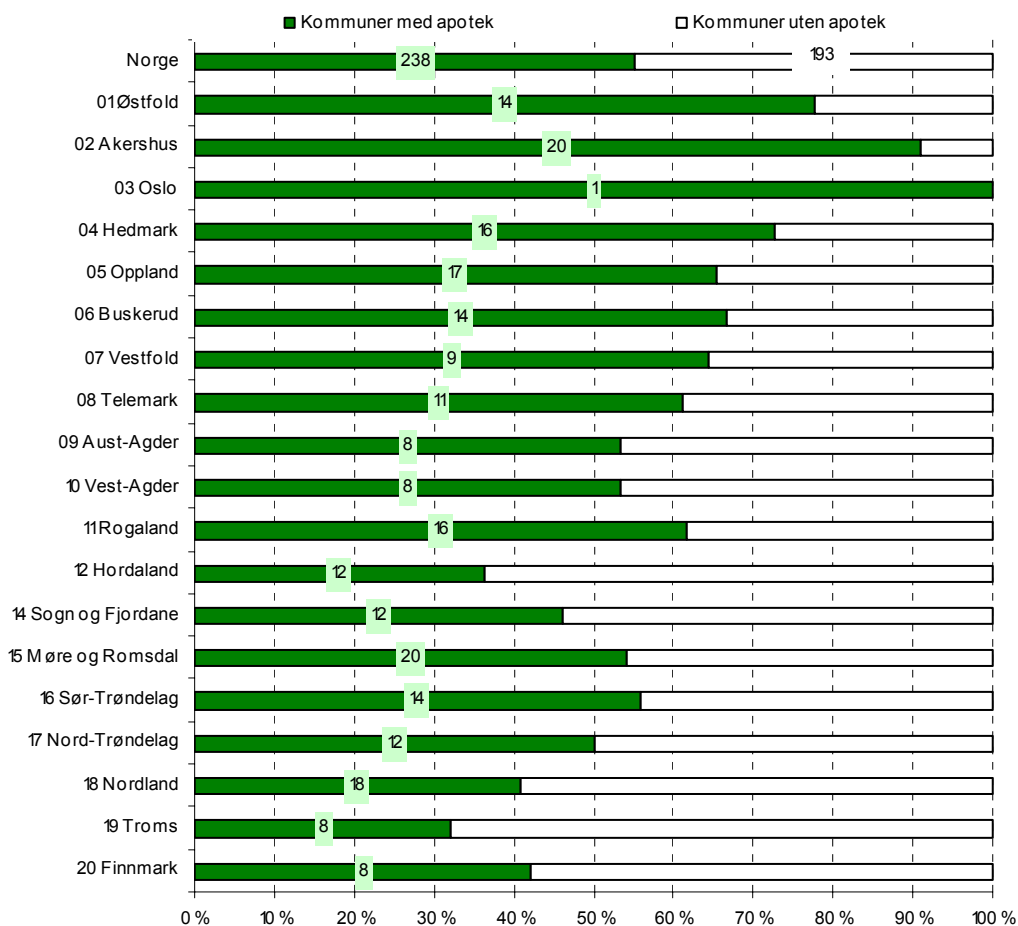
Figur 4.2 Antall apotek i hvert fylke. 2006



Kilde: Apotekforeningen og Statens kartverk

Det finnes apotek i 238 av de 431 kommunene i landet, det vil si at over 190 kommuner ikke har apotek. Figur 4.3 viser en oversikt over kommuner med og uten apotek i hvert fylke.

Figur 4.3 *Antall kommuner med apotek i Norge og fylkene*

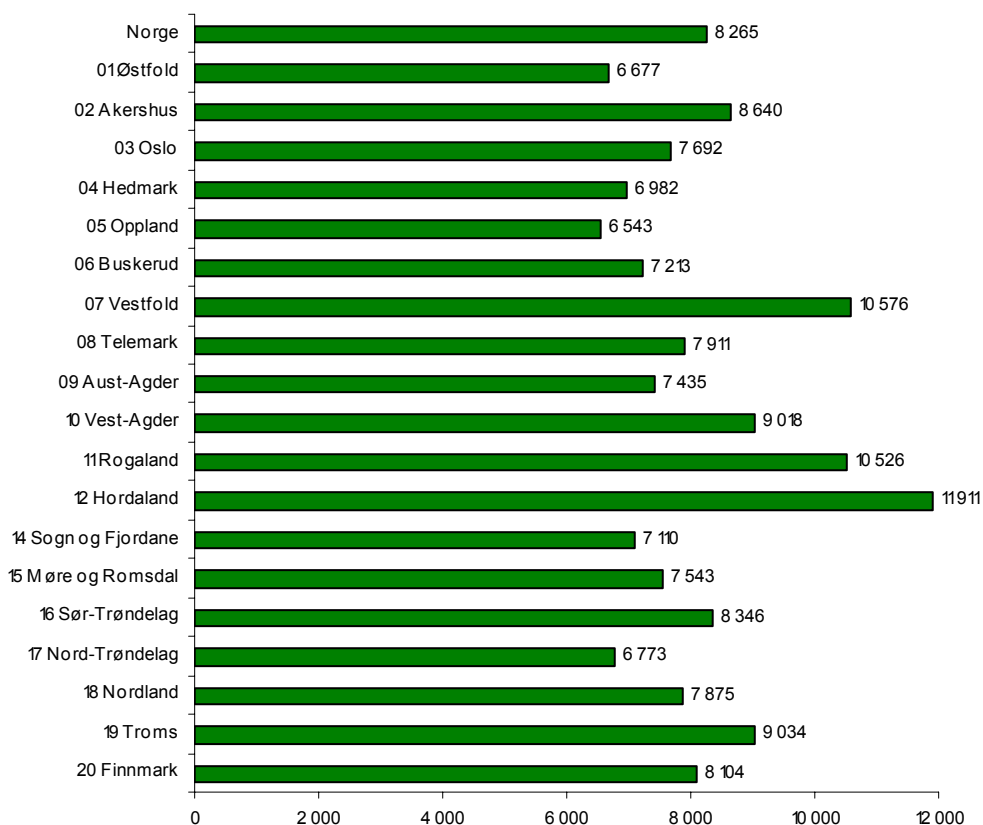


Kilde: Apotekforeningen

Ingen fylker har apotek i absolutt alle kommuner (unntatt Oslo som bare er én kommune). Og ganske mange fylker har kun apotek i ca halvparten av kommunene. Også denne figuren viser at Østlandsområdet er godt dekket med apotek, mens det er dårligere dekning i Nord-Norge og på Vestlandet.

Dersom vi betrakter ett fylke som et avgrenset apotekmarked finner vi imidlertid at hvert apotek i gjennomsnitt betjener omtrent like mange kunder. Figur 4.4 viser antall innbyggere pr apotek per fylke. Det er ca 4,6 millioner innbyggere i Norge. De 560 apotekene betjener i gjennomsnitt vel 8.200 personer. Apotekene i de fleste fylkene betjener likens mellom knapt 7000 og vel 9.000 kunder. Vestfold, Rogaland og Hordaland skiller seg ut. Der betjener apotekene i gjennomsnitt mellom 10.500 og 12.000 kunder.

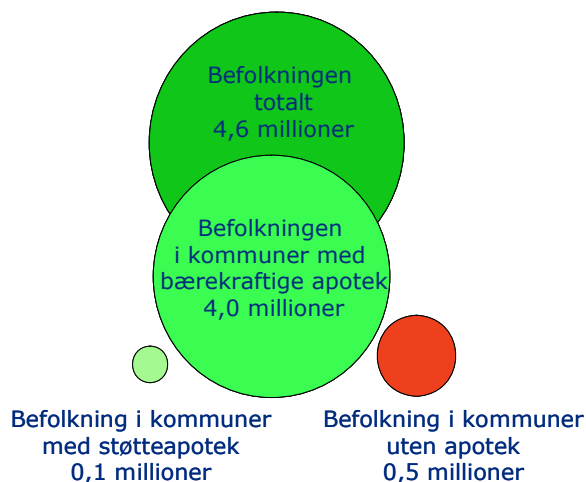
Figur 4.4 Innbyggere pr apotek i hvert fylke. 2006



Kilde: Apotekforeningen og SSB

Selv om det er mange kommuner uten apotek er bosettingsmønsteret i Norge slik at de aller fleste bor i kommuner der det faktisk er apotek. Figur 4.5 viser befolkningen totalt i Norge, samt befolkningen i kommuner med og uten apotek, samt apotek med driftsstøtte.

Figur 4.5 Befolkning i kommuner med og uten apotek

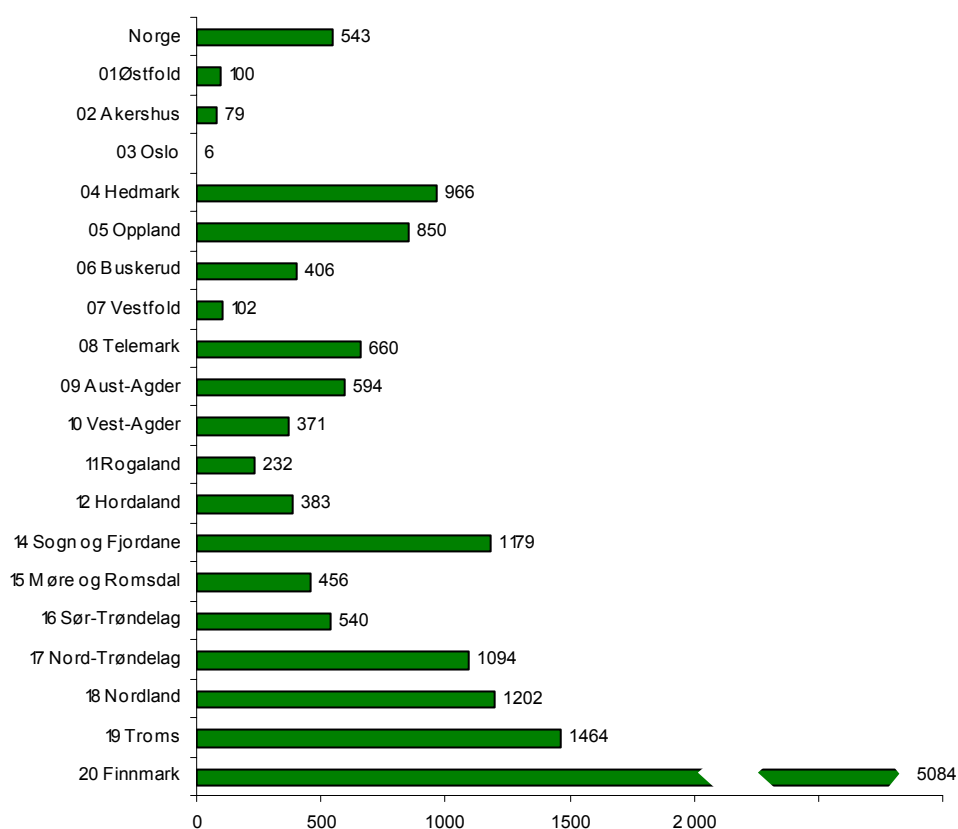


Note: Med bærekraftig menes apotek som ikke mottar driftsstøtte. Med støtteapotek menes apotek som mottar driftsstøtte.

Kilde: Apotekforeningen og SSB

Det er altså relativt få mennesker som bor i kommuner uten apotek (10 prosent av befolkningen). Disse kan imidlertid ha veldig lang reisevei til et apotek. Dersom vi igjen betrakter ett fylke som avgrenset apotekmarked finner vi at apotekene i gjennomsnitt betjener et geografisk område som varierer svært mye fra fylke til fylke. Norge har et landareal på vel 300 000 kvadratkilometer. De 560 apotekene betjener altså i gjennomsnitt et landareal på nesten 550 kvadratkilometer. Dersom vi ser antall apotek per fylke i forhold til landarealet i hvert fylke finner vi relativt stor variasjon. De 70 apotekene i Oslo betjener i gjennomsnitt et areal på ca 6 kvadratkilometer (det vil si ca 2 ganger 3 kilometer). De 9 apotekene i Finnmark betjener i gjennomsnitt et areal på over 5000 kvadratkilometer (det vil si ca 7 ganger 7 mil). Figur 4.6 viser hvor mange kvadratkilometer apotekene i hvert fylke betjener.

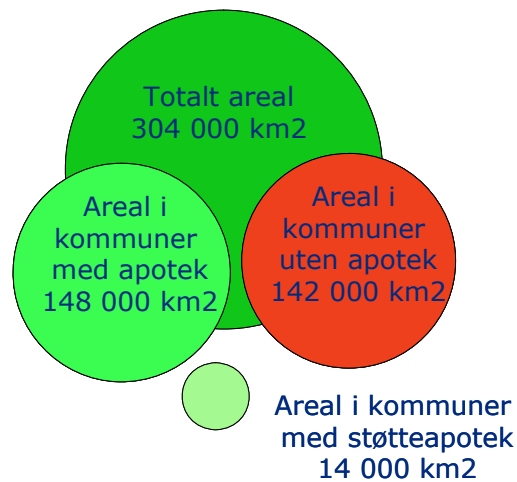
Figur 4.6 Areal pr apotek i hvert fylke. Kvadratkilometer. 2006



Kilde: Apotekforeningen og SSB

Figur 4.7 viser totalt landareal i Norge, samt totalt areal i kommuner med og uten apotek. Vi ser at kommuner uten apotek dekker et like stort område som kommuner med apotek. De personene som bor i kommuner uten apotek er spredt utover et svært stort areal.

Figur 4.7 Areal i kommuner med og uten apotek



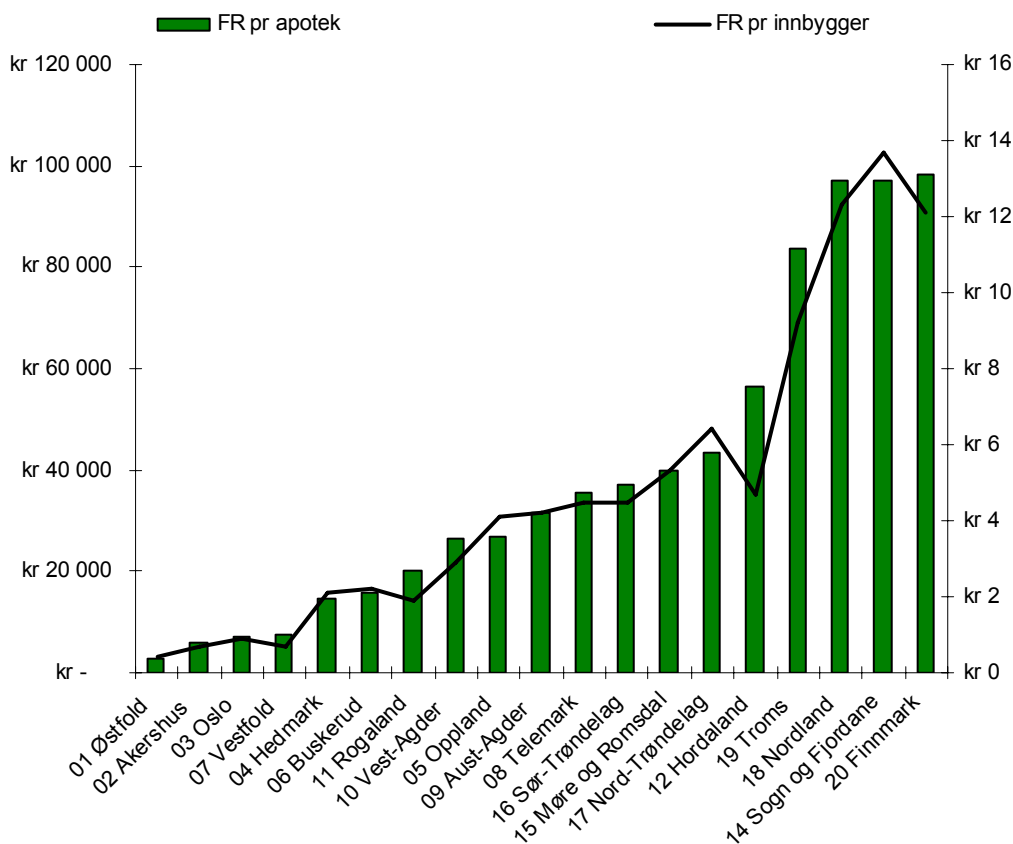
Note: Med støtteapotek menes apotek som mottar driftsstøtte.

Kilde: Apotekforeningen og SSB

Vi har ikke analysert det faktiske bosetningsmønsteret. Men vi vet at befolkningen ikke er spredt jevnt over alt landareal. Det er mye utmark i Norge, så arealsammenligningene våre gir ikke et perfekt bilde av apotekdekningen i forhold til bosetningsmønsteret. Når vi sammenligner Figur 4.5 og Figur 4.7 ser vi at selv om det er mange kommuner uten apotek og de dekker et stort landområde, så berører det ikke en veldig stor andel av befolkningen. Den andelen av befolkningen som faktisk bor i disse kommunene kan til gjengjeld ha svært lang vei til et apotek.

Utbetalt fraktrefusjon i de ulike fylkene gjenspeiler dette. Figur 4.8 viser hvor store beløp som ble utbetalt fylkesvis til apotekene i 2005, samt hvor mye som ble utbetalt per innbygger i gjennomsnitt. Naturlig nok er det de fylkene med få apotek, og mange kommuner uten apotek der det har blitt utbetalt mest fraktrefusjon.

Figur 4.8 Utbetalt fraktrefusjon per apotek og per innbygger. Kroner. 2005



Kilde: SLV

Vi har sett at apoteknettene i en del fylker i Midt- og Nord-Norge og på Vestlandet er sårbare i den forstand at det er få apotek. Dersom et apotek forsvinner fra disse områdene vil det utgjøre en stor prosentvis nedgang i det samlede antallet apotek i regionen. Konsekvensene av rasjonalisering vil dermed være forskjellige i ulike geografiske områder. Dersom sentrale strøk på Østlandet mister 10 prosent av apotekene, betyr dette mindre for den samlede tilgjengeligheten til legemidler for befolkningen i området enn 10 prosent reduksjon av apotekene i Finnmark eller andre distriktsområder. Et gjennomsnittsapotek i Finnmark dekker 10 ganger så stort geografisk nedslagsfelt som ett i Sør-Trøndelag, og 100 ganger så stort som ett i Oslo. Selv om befolkningstettheten er lavere i Nord- og Midt-Norge betyr dette likevel at de som allerede har lang vei til apotek vil få lengre vei. Forbrukere av legemidler i disse områdene som i tillegg har dårligere forutsetninger for å benytte e-handelsløsninger vil stå i fare for å få svekket sin tilgjengelighet til legemidler. En rasjonalisering av apotekstrukturen vil med andre ord sannsynligvis påvirke noen befolkningsgrupper sterkere enn andre.

## 4.4 Sikkerhet og riktig bruk

Målene i legemiddelpolitikken er at befolkningen skal ha tilgang til sikre og effektive legemidler uavhengig av betalingsevne og bosted, og at legemidler skal brukes riktig faglig og økonomisk. Her drøfter vi hvordan sikker og riktig legemiddelbruk kan påvirkes av e-handel og økt adgang til forsendelser av lege-



midler. Med sikker og riktig legemiddelbruk mener vi at *riktig legemiddel* blir levert til *riktig person* og at legemiddelet *brukes riktig*.

Apotekene bidrar i dag til sikkerhet og riktig bruk ved å

- kontrollere resepter. Apotekene fungerer som et filter mellom legenes forskrivning og forbrukernes tilgang til legemidler.
- rettlede forbrukerne i valg av reseptfrie legemidler. I tillegg utøver apotekene en viss kontroll med hvor store kvanta som kan kjøpes av disse legemidlene samtidig.
- veilede om riktig bruk av legemidler, både reseptpliktige og reseptbelagte.

Hvordan sikkerhet og riktig bruk påvirkes av en endring i distribusjonsreguleringene avhenger av hvordan regleverket utformes og hvordan markedet responderer på regelendringene. Nedenfor drøfter vi apotekenes rolle i oppfyllelsen av sentrale legemiddelpolitiske mål og hvordan måloppnåelsen kan tenkes å bli påvirket.

#### **4.4.1 Riktig legemiddel – riktig person?**

Apotekene skal altså bidra til at riktig person får riktig legemiddel. Når det gjelder reseptpliktige legemidler skjer det ved at apotekpersonalet kontrollerer resepter, ”plukker” legemiddelet fra apotekets lager og levere ut legemiddelet. Når det gjelder reseptfrie legemidler bistår apotekpersonalet forbrukerne med å finne frem til riktig legemiddel, dersom de trenger slik bistand. Ekspederingen skjer uansett i direkte kommunikasjon mellom apotekpersonalet og sluttbrukeren. Ved e-handel og forsendelser forsvinner den direkte kontakten og spørsmålet er hvilke konsekvenser det kan ha på målet om at riktig person skal få riktig legemiddel.

#### **E-resept og forskrivningsfeil**

Uansett om distribusjonsreguleringene blir endret eller ikke, vil vi om noen år få et system med e-resept. Systemet innebærer større grad av forskrivningsstøtte og også muligheter for mer automatikk i kontrollen av opplysningene. Dette betyr at mange av de enkeltoperasjonene leger og farmasøyter foretar seg i forbindelse med utskrivning og ekspedering av resept blir automatisert. Konsekvensene av automatiseringene er uavhengig av hva som skjer med distribusjonsreguleringene.

Vi skal se litt på omfanget av feil i reseptene som apotekene i dag fanger opp og som kan reduseres i et automatisert system.

Hvert år skrives det ut om lag 25 millioner resepter i Norge. Studier fra utlandet indikerer at 2-3 prosent av reseptene som forskrives krever tiltak fra farmasøyten før de kan ekspederes. Det er også gjort studier av tilsvarende forhold i Norge. En studie (Haavik m.fl. (2005)) viser at én av fire ordinasjoner ikke har oppgitt bruksområde og at om lag 2 prosent av reseptene inneholdt feil eller mangler.

- Om lag 17 prosent av feilene var enten feil legemiddel, feil styrke, dose eller mengde. Det vil si at det hvert år oppdages 85.000 tilfeller hvor feilene kunne gi kliniske effekter for forbrukerne.

- De resterende 83 prosentene kalles ”formelle feil”, og er feil eller mangler ved bruksanvisning, kundeopplysninger, refusjon og lignende. Dette er først og fremst feil som krever tidsbruk av apotekpersonalet for å korrigere.

Bruk av e-resepter kan redusere slike feil betydelig. I en studie ved et akuttmedisinsk senter i Oregon USA ble det vist at det var tre ganger større sannsynlighet for at en håndskrevet resept inneholdt feil enn en resept skrevet på PC (Granås m.fl. (2005)). Det har videre vært antatt at hele 70 prosent av forskrivnings- og medisineringsfeil kunne ha vært unngått ved innføring av elektroniske forskrivningssystemer (Granås m.fl. (2003)).

E-resept er med andre ord et godt grunnlag for at reseptene og dermed legemidlene blir riktige. Dette betyr at e-resept også vil være et godt bestillingsdokument i en e-handelsløsning.

Et e-reseptsystem vil selvfølgelig ikke kunne garantere en helt feilfri ekspedering. Kontakten mellom lege, farmasøyt og kunde svekkes, og feilavsløring som er avhengig av denne kontakten reduseres tilsvarende. Dersom distribusjonsreguleringene endres vil også kontakten mellom farmasøyt og forbruker svekkes, noe som ytterligere kan øke faren for feil. Disse feilene er imidlertid nærmere knyttet til apotekets rolle som veileder, som vi kommer nærmere tilbake til nedenfor.

## **Rett utlevering av reseptpliktige legemidler**

Vi har altså sett at apotekene korrigerer for feil i forskrivningen. Det kan imidlertid også skje feil når apoteket ekspederer resepter. Risikomomentene for feilekspederinger er både menneskelige, tekniske og organisatoriske. En studie (Granås m.fl. (2006)) viser at mangel på konsentrasjon og lav farmasøytbemanning/alenefarmasøyt var den hyppigst rapporterte menneskelige faktoren. Videre ble stor arbeidsbelastning rapportert som den viktigste organisatoriske risikofaktoren. På den tekniske siden ble registreringsfeil, mange resepter på en gang til ulike forbrukere samt dårlig avskjerming av arbeidsplassen framhevet. Det refereres til en dansk studie som viser at når feil oppstår, skyldes det ofte feil i overføring av informasjon fra resept til etikett.

I svenske apotek er ekspedisjonsfeil registrert elektronisk siden 2004, og feilfrekvensen er 0,1 promille. Dersom vi bruker de svenske erfaringene på norske forhold kan vi anslå at det skjer ca 2500 feilekspederinger per år.<sup>2</sup>

Reseptekspederingen i e-handel og forsendelsesløsninger, vil kunne skje under andre forhold enn i et travelt apotek med kundene ventende. Reseptekspedering kan foregå mer uforstyrret og mer tilrettelagt for optimal konsentrasjon. Som vi har sett i kapittel 2, er krav til hvem som ekspederer resepter et forhold som kan reguleres. Krav til farmasøytkontroll av resepter kan opprettholdes i e-handelsløsninger. Dersom myndighetene stiller andre krav til kompetanse i ekspedering av resepter, kan dette påvirke kvaliteten i ekspederingen.

Dersom distribusjonsreguleringene endres på en slik måte at det åpnes for at ekspedisjon av resepter og plukkingen for utsendelse separeres kan det øke

---

<sup>2</sup> 25 millioner resepter per år \* 0,1 promille feilekspederinger = 2500 feilekspederinger per år.

feilfrekvensen i ekspederingen. Dette er primært knyttet til at muligheten for feil som oftest øker med økende antall ledd involvert. Teknologi i form av elektroniske systemer som for eksempel strekkoder, bør imidlertid være minst like sikkert som manuell ekspedering. For å unngå mest mulig feil er det viktig at de teknologiske løsningene i størst mulig grad er tilpasset slik at de kontrollerer for og fanger opp potensielle feil.

## **Rett valg av reseptfrie legemidler**

Et stadig økende antall legemidler og legemiddelgrupper frigis fra reseptplikt til bruk i egenbehandling. I apotekene har det også vært lagt vekt på å bedre kundenes tilgjengelighet til reseptfrie legemidler, ved at det er opprettet selvvalgsavdelinger. Selvvalgsavdelingene er myntet på kunder som i større grad søker informasjon og finner frem til reseptfrie legemidler selv. Tiltakene innebærer at befolkningen oppfordres til å ta større ansvar for egen helse. Den enkelte forbruker skal i større grad selv ta valg knyttet til legemiddelbehandling. Hensynet til kundenes tilgang til reseptfrie legemidler lå også bak når det ble åpnet for salg av et begrenset utvalg reseptfrie legemidler i dagligvare, kiosker og bensinstasjoner. Nye distribusjonsformer vil i økende grad kreve at hver enkelt forbruker tar ansvar for egen bruk av legemidler.

For de reseptfrie legemidlene er det ikke forhåndsdefinert hva som er det riktige legemiddelet, slik som det er for de reseptpliktige gjennom resepten fra legen. Rettledning i bruk av riktige reseptfrie legemidler er en viktig oppgave i apotekene. E-handel og forsendelser innebærer at kundene i større grad i utgangspunktet må gjøre egne vurderinger. Det er imidlertid fullt mulig å opprettholde tilbud som gjør at kunden kan oppsøke råd, ved å regulere krav til virksomhetene. Kundene kan enten søke råd på fysiske apotek eller ved at det etableres callsentre eller tilrettelagte informasjonsportaler.

Et slikt system innebærer likevel at initiativet til råd må komme fra kundene, i motsetning til dagens system som gir apotekpersonalet en anledning til å gi råd. Dersom kundene i utgangspunktet har god oversikt over de rette legemidlene eller aktivt oppsøker råd, vil ikke netthandel ha særlige konsekvenser. Kundene vil på egenhånd være i stand til å skaffe riktig reseptfritt legemiddel.

Imidlertid vil det alltid være slik at noen enten vil sitte med feil eller mangelfull informasjon eller ikke aktivt vil oppsøke råd. Spørsmålet er i hvor stor grad dette er tilfelle blant dagens apotek kunder. Det er grunn til å tro at slike tilfeller vil kunne forekomme.

## **Sikkerhet ved mottak**

Et viktig moment i sikkerhet i legemiddelutleveringen er sikkerheten for at legemiddelet utleveres til riktig person. I dag må forbrukeren selv, eller en betrodd stedfortreder oppsøke et apotek for å få tilgang til legemidler. Det er også en oppfordring til å vise legitimasjon ved henting av reseptpliktige legemidler. Den direkte kontakten reduserer mulighetene for at legemidler kommer på avveier. Ved ekspedisjon av resepter på A-preparater (narkotiske legemidler) og B-preparater (vanedannende legemidler) er det særskilte krav til at kunden legitimerer seg. I unntakstilfeller har apotekene mulighet for å sende legemidler.

I utgangspunktet er kontrollspørsmålet knyttet til reseptekspederinger, og at den som hever resepten faktisk er den resepten er skrevet ut på og at resepten er ekte. Det er naturlig å legge til grunn at en e-reseptbank vil ha tilstrekkelige sikkerhets-systemer i forhold til misbruk. Et e-handels- og forsendelsessystem forankret i en slik reseptbank, vil sannsynligvis være en god garanti for at reseptene ikke kommer på avveier.

Et annet moment i forhold til at riktig person mottar legemiddelet, er hvordan legemidlene mottas i e-handelsløsninger. I dag skjer det meste av legemiddel-utleveringene over disk i apotek. Apotekene sender også om lag 1,2 millioner forsendelser med ordinær post uten noen særskilte krav til mottakerkontroll.

I e-handel kan kontrollen med mottaket innrettes på flere forskjellige måter. Dette har vi drøftet i kapittel 2. Dersom e-handel reguleres på en slik måte at legemidler kan sendes rett hjem til forbrukeren med posten kan det øke faren for at rett person ikke får rett legemiddel. Dette er i så fall primært knyttet til at omfanget av legemiddelforsendelser øker i forhold til i dag, noe som kan øke sannsynligheten for at noen legemidler kommer på avveier fra åpne postkasser. Faren består i at andre enn forbrukeren, for eksempel barn eller misbrukere får tak i legemidler som ligger lett tilgjengelig i ulåste postkasser.

Forsendelsene kan reguleres slik at ordinære postleveranser ikke er tillat, men at forbrukerne enten må legitimere seg og kvittere på mottak enten fra et bud eller ved henting på postkontor eller apotek.

I Sverige er det i e-handelsløsningen per i dag ikke lov med postforsendelser direkte til kundenes postkasser. Legemidlene må enten hentes på et apotek eller et postkontor, eller kan leveres med bud. I Danmark er ordinære postforsendelser tillatt for alle varene som omfattes av e-handelssystemet<sup>3</sup>, i tillegg til at varene kan bringes med bud eller hentes i apoteket. Danskene har ikke et krav om identifikasjon ved avhentning av de reseptpliktige legemidlene på apoteket, og heller ikke i postforsendelsene.

## **Oversiktligheit i markedet**

Et moment som trekkes fram i debatten er at markedet blir uoversiktlig for forbrukerne ved å tillate e-handelsløsninger. Det kan bli vanskelig for forbrukerne å skille mellom seriøse og useriøse aktører. Det kan ha negative konsekvenser for sikkerheten i legemiddelbruken. Hvordan markedet blir, er dels avhengig av hva slags reguleringer myndighetene legger opp til. Det er liten grunn til å tro at markedet slippes fritt. En utfordring med e-handel er å få en effektiv håndheving av lover og regler knyttet til slik handel. Regulering av internetthandel er i all hovedsak nasjonal, mens handelen i seg selv ofte er internasjonal. Dette kan gjøre det vanskelig for myndighetene å kontrollere denne formen for handel.

Det vil likevel sannsynligvis være mulig for myndighetene i Norge å føre tilsyn og kontroll med den seriøse delen av markedet på en måte som gjør at tilbudet er kvalitetssikret i forhold til standarder og krav til virksomhetene. Dette handler også om hvordan konsesjonsbetingelser innrettes, både i forhold til krav til drift og

---

<sup>3</sup> Varer som er forbeholdt apotek.

i forhold til adgang til e-reseptbanken. Det blir viktig å finne mekanismer som gjør det mulig for forbrukerne å identifisere de seriøse aktørene på en tydelig måte. Eksistensen av useriøse aktører er neppe et argument for ikke å åpne for kontrollerte e-handels- og forsendelsesløsninger.

#### 4.4.2 Riktig bruk av legemidler?

Det er store utfordringer knyttet til riktig bruk av legemidler. Problemer oppstår når vi har uhensiktsmessig, manglende eller feil bruk av legemidler. Noe av problemet er at forbrukerne har begrensede kunnskap om så vel legemidlenes virkninger og bivirkninger, som deres egen sykdom og kravene som stilles til god behandling. Legene og apotekene skal sammen, så langt som mulig, bidra til at forbrukerne har tilstrekkelige kunnskaper om legemidlene de bruker. Det er forbrukernes samlede kunnskap om og holdning til bruken av legemidler som har betydning for mest mulig riktig bruk. E-handel kan påvirke forbrukerens muligheter for å bruke legemidlene riktig.

#### Apotekets rolle og utfordringer

Apotekenes viktigste bidrag til riktig bruk er *overføring av kompetanse* til forbrukerne slik at forbrukerne tar legemidlene på riktig måte. Dette handler både om å gi råd som er *tilpasset behovet* og råd som er *forståelig* for forbrukerne. Informasjonen er bare så god som det forbrukeren har evne til eller er villig til å følge.

Overføring av kompetanse er en krevende oppgave. Menneskehjernen har vanskelig for å huske muntlig informasjon, særlig hvis det blir mye av den og den blir veldig detaljert. Det er for eksempel undersøkelser som antyder at vi glemmer 80 prosent av det legene sier til oss, og at halvparten av den informasjonen vi husker, husker vi feil (Helsenytt (2004)). I tillegg er vi også i mange tilfeller dårlige til å etterleve de rådene vi får. Etterlevelse strekker seg fra 20-80 prosent, noe avhengig av behandlingstype. Selv med den enkleste medikasjon på en enkelt dose daglig, følges ikke doseringsanvisningene hos en tredel (Svilaas (2006)). Det er flere årsaker til dette. Vi oppfatter ikke, har vanskelig for å forstå eller høre og lese, vi har ikke fått gode nok forklaringer, vi har kognitive forstyrrelser eller vi velger å ignorere.

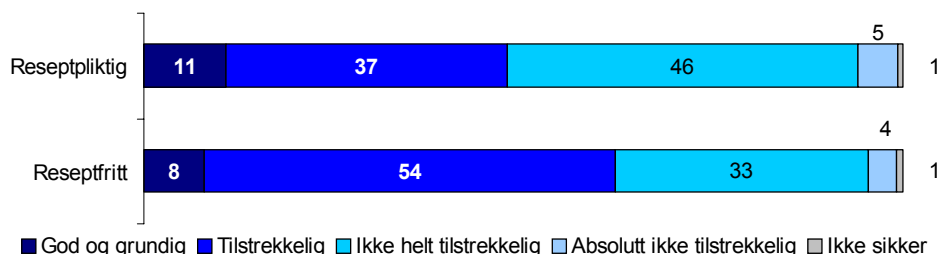
Følgende lille vers illustrerer utfordringene med å formidle kunnskap fra én person til en annen:

*”Told but not heard  
Heard but not understood  
Understood but not accepted  
Accepted but not put into practice  
Put into practice, but for how long?”*

Apoteket har med andre ord utfordringer knyttet til veiledning. Folk flest oppgir i utgangspunktet heller ikke apoteket sitt eller de ansatte i apoteket som den beste kilden til råd om sin legemiddelbruk, og en relativt liten andel (14 prosent) foretrekker derfor å få informasjon om sin legemiddelbruk fra apotekpersonalet (Apotekforeningens Apotekbarometer (2005)).

Et travelt apotek er også et krevende miljø for overføring av informasjon og rådgivning, både omgivelsesmessig sett og tidsmessig sett. Mange farmasøyter oppfatter at den veiledningen de gir ikke er tilstrekkelig, jf. Figur 4.9.

Figur 4.9 Farmasøytens vurdering av den faglige veiledningen de gir om legemidler. I prosent



Note: Antall svar reseptpliktig = 332. Antall svar reseptfritt = 327.

Kilde: Evaluering av apotekloven og indeksprissystemet, ECON-rapport 2004-010.

Men, apoteket har også noen fordeler. Folk har generelt veldig høy tillitt til apotekene. Av apotekkundene oppgir også veldig mange (65 prosent) at god informasjon og rådgiving er viktig. Folk som bruker apoteket mye er mer tilfreds med apoteket sitt enn gjennomsnittet. På samme måte er folk over 60 år mer tilfreds med apoteket sitt enn gjennomsnittet.

Grovt sett kan veiledning av forbrukere skje individuelt eller ved kampanjer. Det er den individuelle rådgivningen eller veiledningen vi her konsentrere oss om. I de aller fleste tilfeller i dag skjer utlevering av legemidler og informasjon og veiledning om legemiddelet *samtidig*. Unntaket er når forbrukerne kjøper reseptfrie legemidler utenfor apotek (veiledning er da ikke lov) og når forbrukerne får legemiddelet tilsendt. I e-handel er det ikke en slik samtidig kobling mellom utlevering av legemiddelet og overføringen av kompetanse mellom farmasøyten og annet apotekpersonale og forbrukeren.

## Tilgang til informasjon og veiledning

Tilbudet om veiledning kan reguleres også i e-handelsløsninger, både i forhold til hvilken kompetanse som skal tilbys i veiledningen, hvordan tilbudet skal utformes samt hvordan veiledningen skal skje. Dette gjelder både den skriftlige og den muntlige veiledningen.

Vi har drøftet ulike måter å regulere krav til kompetanse og veiledning i e-handels- og forsendelsesløsninger i kapittel 2. I den grad e-handel og økte forsendelser åpner for å benytte mindre kvalifisert kompetanse eller stiller reduserer krav til veiledningsfunksjoner, kan e-handel i seg selv gi en dårligere tilbud av veiledning enn dagens tradisjonelle modell for salg gjennom fysiske apotek. På samme måte åpner nye modeller for å legge strengere eller andre krav på disse funksjonene.

Myndighetene kan definere standarder for hvilken informasjon som skal være tilgjengelig på hvilke måte, for eksempel gjennom å stille minstekrav til informasjonsnettsider, sertifiseringsordninger, elektronisk tilgang til farmasøyter,

åpningstider på telefonlinjer, mulighet for to-veis-kommunikasjon, svarfrister på e-posthenvendelser, bruk av pop-ups ved bestilling og kjøp og lignende. Den teknologiske utviklingen innebærer ulike interaktive funksjoner som muliggjør dialog på en helt annen måte.

Som forbrukere av legemidler får vi informasjon om helse og legemidler fra flere kilder. Internett har i økende grad blitt en informasjonskilde også på helseområdet. Antallet "helsesider" på internett vokser raskt, både i Norge og internasjonalt. Det er tidligere gjort flere undersøkelser i Norge knyttet til nordmenns bruk av helsetilbud på internett (Andreassen m.fl. (2002)). Undersøkelsene viser at fra 2000 til 2001 økte andelen nordmenn som bruker internett til helseformål fra 19 til 31 prosent. Dette betyr at hver tredje voksne person for fire år siden hadde benyttet internett til helseformål. Dersom dette samstilles med tall for internetttilgang, indikerer det at halvparten av den norske befolkningen med internetttilgang den gang brukte internett til helseformål. Det er grunn til å tro at alle disse andelene har økt, med tanke på hvordan internett de siste årene er tatt i bruk i husholdningene og i ulike brukergrupper i samfunnet, jf. kapittel 3. Bruken av internett som kilde begrenses imidlertid også av ulike faktorer, blant annet uoversiktighet, variabel kvalitet på informasjonen og manglende sikkerhet i forhold til personopplysninger. Det er lett å bli forvirret og engstelig av mengden informasjon, mangfoldet og den ofte motstridende informasjonen som finnes. Både nasjonalt og internasjonalt jobbes det med tiltak som skal hjelpe brukere å navigere sikkert og effektivt på internett. Appellen internett har til forbrukere som søker informasjon kan likevel utnyttes strategisk for å øke befolkningens kunnskap om riktig legemiddelbruk.

I Sverige er det etablert et stort callsenter, Apoteket Kundcentrum, som håndterer henvendelser fra apotekforbrukerne. På forbrukersenteret jobber det 300 personer, 40-50 er farmasøyter. Sentret er åpent for henvendelser 24 timer i døgnet. I Danmark vises apotekets telefonnummer og adresse i forbindelse med handelen, og apotekets e-postadresse er synlig ved søk etter apoteket på [www.apoteket.dk](http://www.apoteket.dk). Pakningsvedlegg og felleskatalogen er også tilgjengelige elektroniske når legemiddelet er valgt. På [apoteket.dk](http://apoteket.dk) er det også en farmasøytisk brevkasse, hvor man kan få svar på spørsmål, men denne er ikke linket direkte opp til handelen. Det arbeides med å etablere en funksjon med online rådgivning.

For mange forbrukere kan slike løsninger faktisk gi bedre tilgang til farmasøytisk kompetanse enn det dagens tradisjonelle apotek gir. Det er flere grunner til dette. For det første kan det være mer tid og bedre omgivelser for veiledning i slike systemer enn i et travelt apotek. Teknologien kan gi nye muligheter for å kombinere informasjon og ikke minst skreddersy og målrette veiledningen mer i henhold til behovene hos den enkelte legemiddelbrukeren. For legemiddelbrukere som har et oversiktlig legemiddelforbruk eller som i utgangspunktet kjenner legemidlene sine, kan dette være gode løsninger. For det andre kan forbrukere som enten ikke vil eller tør å oppsøke råd i apotekene få en mulighet for mer diskret informasjon. Å kommunisere elektronisk om personlige problemer kan for eksempel være særlig aktuelt for ungdom eller når det gjelder tabubelagte temaer. Og for det tredje kan informasjonen oppfattes på en bedre måte fordi forbrukerne selv oppsøker den. Dersom en andel av handelen rasjonaliseres kan det frigjøre tid blant farmasøyter og annet apotekpersonell til å målrette veiledningsoppgavene mer til de som trenger det mest, og som gjerne oppsøker apoteket. Dette kan samlet sett bidra til at farmasøytressursene benyttes mer effektivt.

For de som har et relativt oversiktlig og enkelt legemiddelforbruk og har tilgang til og er fortrolig med elektronisk kommunikasjon, kan andre former enn ansikt-til-ansikt veiledning fungere bra. Det er likevel et poeng at e-handel overlater mer ansvar til forbrukerne. Innhentning av informasjon og veiledning vil isolert sett bli mer overlatt til selvstendig initiativ fra forbrukerne. Det krever mer av forbrukerne enn tradisjonell apotekhandel. I noen tilfeller kan dette ha uheldige konsekvenser, og dermed virke negativt på riktig bruk av legemidler.

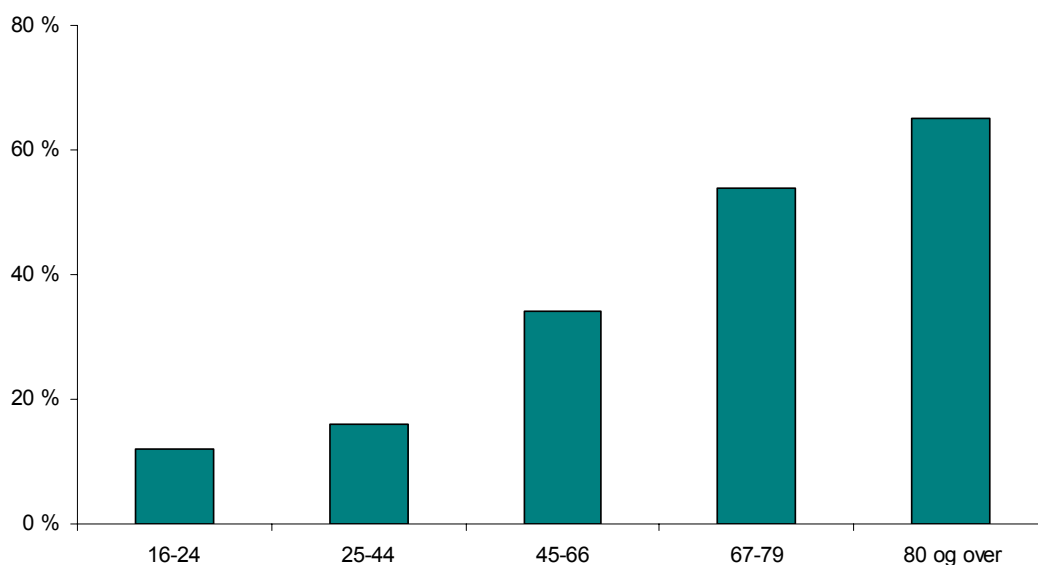
Som vi har drøftet tidligere vil e-handel og forsendelser være et supplement til det fysiske apoteknett. Kundene kan velge hvilke kanal de synes er mest hensiktsmessig avhengig av preferanser og teknologiske forutsetninger. Dersom apotekstrukturen blir rasjonalisert og forbrukere som ønsker å oppsøke et apotek, mister sitt apotek, vil tilgjengeligheten til farmasøytisk kompetanse og veiledning svekkes isolert sett. Problemet forsterkes dersom disse ikke kan eller vil benytte de alternative informasjonskanalene som blir tilgjengelige. Enkelte viktige grupper av legemiddelbrukere, har per i dag dårligere forutsetninger for å benytte seg av teknologiske løsninger. Disse brukerne vil sannsynligvis oppleve at deres mulighet for å bruke legemidler riktig, svekkes.

### Hensynet til variasjoner i behov

Alle legemiddelforbrukere har ikke et enkelt og oversiktlig legemiddelforbruk. Det er klare forskjeller i forbrukernes legemiddelprofiler.

Mange bruker legemidler av og til og relativt få bruker legemidler daglig. I omfattende helseundersøkelser opplyser om lag tre av ti at de har brukt medisin daglig de fire siste ukene. Det er flere kvinner enn menn som bruker medisiner daglig. Jo eldre vi blir, jo større forbrukere av legemidler blir vi. Undersøkelser tyder på at om lag halvparten av eldre (>67 år) står for halvparten av forbruket av reseptpliktige legemidler. Figur 4.10 nedenfor viser andelen av befolkningen i ulike aldersgrupper som bruker legemidler.

Figur 4.10 Andel av befolkningen som bruker legemidler



Kilde: SSB, "Helse i Norge" 2000



Av de som bruker legemidler ofte er det et fåtall som bruker *flere* legemidler samtidig. Det er gjort flere studier av flerbruk av legemidler, blant annet med utgangspunkt i reseptdata i apotek. En undersøkelse viser at av om lag 2,3 prosent av innleverte resepter på to apotek i en periode, hadde forbrukeren fått utlevert mer enn ti forskjellige legemidler de siste fire månedene. Maksimalt antall legemidler utgitt til én forbruker i perioden var 21. I en dansk studie ble det beregnet at på en gjennomsnittsdag brukte nesten 9 prosent av befolkningen 2-4 legemidler samtidig. Studien viste at 30 prosent av de eldre (>70 år) brukte 2-4 legemidler og at 10 prosent brukte mer enn fem legemidler. Sannsynligheten for uheldig legemiddelbruk øker med flerbruk. Det innebærer at veiledningsbehovet også øker.

En svensk undersøkelse avdekket at det ble identifisert ett eller flere problemer blant 2,5 prosent av kundene i apoteket (Almarsdóttir m.fl. (1997)). En fjerdedel av problemene var knyttet til dosering mens en femtedel av problemene var relatert til usikkerhet om målet med eller virkemåten på legemidlene. Dersom vi for enkelthet skyld legger til grunn at halvparten av Norges befolkning er apotek kunder og den samme prosentandelen gjelder for oss, betyr det at om 50 000 apotek kunder i Norge har slike problemer.

Institutt for apotekforskning har oppsummert funn i diplomoppgaver i apotekfarmasi (1994-1999) med fokus på undersøkelser om forbrukernes behov for og kunnskap om legemidler (Granås og Haavik (2004)). Hovedkonklusjonene fra oppgavene er blant annet at apotekforbrukerne har et betydelig behov for informasjon om legemidler og at ikke alle som har behov innser dette selv. Et av funnene tyder på at forbrukere som bruker flere legemidler samtidig kan ha et større behov for veiledning. Et annet funn tyder på at apotek bør gå mer aktivt ut for å hjelpe særlig eldre forbrukere som trenger råd og veiledning.

I dag skjer mye av veiledningen i møtet mellom apotekpersonalet og forbrukeren. I noen tilfeller er dette møtet avgjørende for å identifisere at forbrukeren har behov for veiledning. Den svenske undersøkelsen vi refererte over så også på hvordan de legemiddelrelaterte problemene som ble identifisert, ble oppdaget. Om lag ett av tre problemer ble presentert for de ansatte på apotekene, mens to tredeler av problemene ble oppdaget av apotekpersonalet. Undersøkelsen viser dermed at den direkte kontakten avdekker problemer som kan rettes opp, og som dermed kan gi riktigere bruk av legemidler. Undersøkelsen viser også at forbrukerne ikke nødvendigvis er klar over problemene på egenhånd, men at apotekpersonalets interaksjon med forbrukeren identifiserer problemene. Kontakten mellom disse forbrukerne og apotekpersonalet er med andre ord viktig.

E-handel vil ikke være en god løsning for disse problemene. Veiledningsbehovet for store og komplekse legemiddelbrukere må håndteres på andre måter enn gjennom tilfeldig basert initiativ fra forbrukerne. Dette er utfordringer som må løses, uavhengig av om e-handel utvikles eller ikke.

I Sverige krever Legemiddelverket at hver legemiddelekspedisjon skal innebære en individuell rådgivning. Dette ligger til grunn for driften i de fysiske apotekene, og er også overført til e-apotekene. Individuell rådgivning per telefon er likestilt med ansikt-til-ansikt møte. En grunn til at dette er akseptert kan være at telefonrådgivning ble innført før e-handel ble introdusert. Pålegget har medført at Apoteket Kundcentrum hittil har ringt opp alle forbrukerne som har bestilt

legemidler i e-handelsløsningen. Dette skal imidlertid endres. Det er nå aksept for at alle reseptforbrukere i stedet skal få tilbud om en gjennomgang av legemiddelbruken og veiledning i tilknytning til dette én gang i året. Dersom disse begynner på ytterligere nye legemidler gjennom året, får de tilbud om en samtale til. Også nye reseptforbrukere skal få tilbud om en slik gjennomgang og veiledning. I Danmark gjennomføres legemiddelgjennomganger med spesielle grupper av legemiddelbrukere. Tilsvarende ordninger er under utvikling i Norge.

I Danmark har ikke debatten om redusert veiledning vært oppe på samme måte som i Norge og til dels i Sverige. En av grunnene som framheves er blant annet at apotekene lenge har hatt forsendelser til forbrukere, og at dette ikke har vært forbundet med særskilt informasjon og veiledning. Det framholdes at e-handel og teknologiske muligheter da faktisk gir en mulighet for å informere. En annen grunn er at Danmark i lang tid også har hatt salg av reseptfrie legemidler utenfor apotek uten særskilt veiledning. En tredje grunn er at e-handelen er knyttet til det lokale apoteket. I bestillingen synliggjøres kontaktopplysninger til apoteket, slik at forbrukerne som vil kan ringe for å få rådgivning. Hvert kjøp er koblet med den danske felleskatalogen, og forbrukeren kan gå direkte inn å lese den tekniske informasjonen. Det er også en mulighet for å sende inn spørsmål på e-post (online rådgivning). Når det gjelder reseptfrie legemidler er det en anbefaling om at forbrukerne kun kjøper produkter de kjenner fra før. Danskene jobber imidlertid med muligheten for å koble ytterligere rådgivningsfunksjoner til e-handelsløsningen.

Hovedpoenget er at behovet for veiledning til særlige grupper må ivaretas på spesielle måter, og kan ikke overlates til den enkelte. Legemiddelgjennomganger og andre former for fokusert veiledning er ikke nødvendigvis koblet til e-handel og forsendelsesløsninger. Ordningene legger imidlertid til rette for at brukere med særskilte behov, uansett fysisk distribusjonsmåte for legemidlene, blir ivaretatt på en best mulig måte.

### **4.4.3 Økt bruk og misbruk av legemidler?**

Dersom distribusjonsreguleringene endres vil det neppe påvirke omfanget av bruk av reseptpliktige legemidler siden de rasjoneres gjennom legene. Den eneste effekten det kan ha er at forbrukerne får mer kunnskap om reseptpliktige legemidler gjennom e-apotek, og derigjennom ønske å bruke flere slike legemidler. Denne effekten vil trolig være marginal og vil eventuelt oppstå uansett som følge av all informasjonen som allerede er tilgjengelig på internett. Spørsmålet er om bruken av reseptfrie legemidler vil øke dersom det åpnet for e-handel.

#### **Bruk**

Reseptfrie legemidler står for i underkant av 10 prosent av apotekenes legemiddelomsetning ut til forbruker (Apotekforeningen (2005)). I 2005 tilsvaret dette om lag 1,7 mrd. kroner (inkl. mva). Det finnes totalt om lag 5.000 utsalgssteder som selger reseptfrie legemidler utenom apotek (Folkehelseinstituttet (2006)). Dette er både medisinsutslag (ca. 1.240) og dagligvarebutikker, kiosker og annet. Det finnes ikke tilgjengelig informasjon om verdien av omsetningen av reseptfrie legemidler utenfor apotek.

For å få en pekepinn om hvordan endringer i distribusjonsreguleringene kan påvirke bruken av reseptfrie legemidler kan vi se på konsekvensene av å tillate salg av reseptfrie legemidler i dagligvarebutikker, kiosker og bensinstasjoner.

Når dagligvarebutikkene og andre startet for fullt med omsetning av reseptfrie legemidler i 2004, var det mange som fryktet og spådde en sterk økning i forbruket. I følge Nasjonalt Folkehelseinstitutt har imidlertid dette ikke slått til. Forbruket har, i følge instituttet, ikke økt betydelig (Folkehelseinstituttet (2006)). Basisutvalget av legemidler som selges i dagligvarehandelen består av smertestillende midler, neseppray ved forkjølelse og legemidler med nikotin til røykeavvenning. I 2005 valgte 1 av 3 personer å kjøpe slike legemidler i butikk. I Apotekforeningens apotekbarometer for 2005 oppgir godt over halvparten (55 prosent) at de har kjøpt reseptfrie legemidler utenom apotek de siste 12 månedene. Yngre forbrukere (<44 år) handler oftere utenfor apotek enn eldre forbrukere (>44 år).

Utviklingen antyder at volumet ikke utvikles dramatisk ved at tilgangen forbedres. Flere momenter kan bidra til å forklare at volumet ikke har økt betydelig ved at det ble åpnet for salg i dagligvare og kiosker. Tilgjengeligheten i dagligvare og andre steder har blant annet vært kontrollert. Det er blant annet krav til at legemidlene skal oppbevares fysisk utilgjengelig for forbrukeren, og det er en aldersgrense for kjøp på 18 år.

E-handel gir generelt enklere tilgang til legemidler. Spørsmålet er dermed om tilgang til reseptfrie legemidler gjennom e-handelsløsninger vil bety at tilgangen blir så enkel at vi vil bruke mer reseptfrie legemidler enn det som er hensiktsmessig, og mer enn vi gjør med tradisjonelle distribusjonskanaler.

I utgangspunktet er det grunn til å tro at kundene er bevisste forbrukere med et bevisst forhold til bruk av legemidler. Voksne personer har også i dag god tilgang på slike legemidler. Dette tilsier at generelt bør det ikke være grunn til å tro at det store flertallet av forbrukere skulle endre sitt forbruk av legemidler vesentlig isolert sett som følge av eventuelle e-handelsløsninger. Det kan imidlertid være at økt fokus på helse, helserelatert informasjon og handlemuligheter på nettet generelt kan påvirke det samlede legemiddelforbruket.

## **Misbruk**

Apotekene bidrar til å kontrollere mengdene reseptfrie legemidler forbrukerne kjøper per gang de handler på apoteket, ved å begrense antall pakninger én forbruker kan kjøpe av ett legemiddel. Apotekene har ikke mulighet til å kontrollere om en forbruker går fra apotek til apotek for å kjøpe reseptfrie legemidler.

I forhold til tilgang på reseptfrie legemidler kan det likevel være grunn til å stille spørsmål ved om enkelte grupper, for eksempel barn og unge, kan være spesielt utsatt for å misbruke tilgangene på legemidler over nettet. Generelt er det stor fokus på uheldige sider ved barn og unges bruk av internett i ulike sammenhenger. Sannsynligvis vil det være behov for å finne løsninger som kan beskytte barn og unge mest mulig fra muligheten for misbruk.

Det er mulig å regulere e-handel med legemidler slik at antall pakninger som kjøpes per gang begrenses slik det i praksis også skal være i de fysiske utsalgene. Dette vil gjøre det mer tungvint å innhente store mengder av legemidler, men ikke

avskjære muligheten. På samme måte kan betalingsmåter innebærer aldersrestriksjoner. Generelt er det 18-årsgrense på kredittkort, og dersom dette er betalingsmidlet vil dette kunne begrense tilgangen noe. I tillegg kan mottaket av legemidlene reguleres, noe som kan skape barrierer i forhold til omfattende misbruk.

## 4.5 Pris og betalingsevne

Lavest mulig pris og tilgang til legemidler uavhengig av betalingsevne er de to siste legemiddelpolitiske målene vi skal vurdere konsekvenser av e-handel og forsendelse i forhold til.

### 4.5.1 Effekt på prisene på legemidler

Det er ulik grad av prisfølsomhet i de ulike delmarkedene av legemidler. Reseptpliktige legemidler er prisregulert, mens det er fri prissetting på reseptfrie legemidler og handelsvarer. Apotekene administrerer også ordningen med generisk bytte, som bidrar til at legemiddelbruken vris mot relativt sett rimeligere legemidler.

Vil e-handel og økt adgang til forsendelser bidra til lavere priser på legemidler? I følge SNF (2004) er det mange nettapotek som annonserer med store rabatter og avslag i pris på utvalgte legemidler. Hvorvidt prisene på legemidler i nettapotek er lavere enn prisene på legemidler ved tradisjonelle apotek, er imidlertid lite dokumentert.

Om prisene i nettapotek vil avvike fra prisene i det tradisjonelle markedet, er for så vidt også et spørsmål om regulering. I Danmark er det lovbestemt at prisene på apoteklegemidler i nettapotek skal være de samme som prisene i fysiske apotek. Det generelle prisreguleringsregimet for legemidler i Danmark avviker fra det norske ved at de fastsetter absolutte priser og ikke makismalpriser. Også i Sverige ligger det til grunn at det som selges på nettet skal koste like mye som det som selges i det fysiske apoteket. Sverige har per i dag monopol på detaljistleddet. Lik pris i e-handel og fysisk handel er ganske uvanlig i andre bransjer. De fleste konsepter for e-handel bruker prisincentiver for å tiltrekke kunden, også fordi disse handelsløsningene ofte er mer kostnadseffektive enn fysiske utsalg.

I utgangspunktet kan e-handel generelt gi økt konkurranse i markedet, også særlig hvis reguleringsmodellen medfører at vi får etablering av flere aktører i markedet. Hvorvidt konkurranse slår ut i lavere priser er imidlertid usikkert, og vil også være knyttet til hvilket omfang vi kan forvente at netthandel kan få. Tidligere undersøkelse (ECON (2004)) av konkurransen i apotekmarkedet har ikke kunnet dokumentere konkurranseeffekter på pris på reseptbelagte legemidler. Undersøkelsen viste også faktisk motsatt effekt på prisene på reseptbelagte legemidler. På samme måte har ikke salg av reseptfrie legemidler i dagligvarehandelen, kiosker og bensinstasjoner ført til særlig priskonkurranse på de legemidlene som omfattes av dette (Brynnildsen og Stenstad (2005)). Hvis vi sammenligner prisene på de konkrete varene som selges både i dagligvarehandelen og i apotekene, ligger

prisene i dagligvarehandelen i hovedsak under i apotekene.<sup>4</sup> Prisene i kiosker og på bensinstasjoner ligger i hovedsak over apotek på de samme varene. Reaksjonene og prismønstrene gjenspeiler at prisfølsomheten i legemiddelmarkedet ikke er utpreget sterk, og at tilgjengelighet og service er viktigere for kunden.

E-handel vil imidlertid gjøre det langt enklere for kundene å vurdere prisvariasjoner i markedet på en effektiv måte, og bestille fra steder der prisene er lavest (eventuelt oppsøke dem). Ettersom søkekostnader reduseres, er det mulig at pris i større grad kan bli en konkurransefaktor i markedet enn det vi tradisjonelt har hatt. Dette kan føre til et større press på prisene.

Det kan også være mulig at e-handel muliggjør kostnadsbesparelser ved at distribusjonen av legemidler samlet sett blir mer effektiv. Hvorvidt kostnadsbesparelser tas ut i lavere priser, er et annet spørsmål.

Uansett hva som skjer med prisene på legemidler, så vil e-handel med forsendelser medføre forsendelseskostnader som kommer i tillegg til prisen. I utgangspunktet vil dette gjøre alle legemidlene dyrere. I Danmark er det pålagt at alle forsendelser som sendes i posten skal belastes med DKK 15. Forsendelser med bud belastes slik apoteket bestemmes. Normalt ligger budkostnaden mellom DKK 25 og 30 (Søndergaard (2006)). Apotekene setter selv grensene for hvor langt de vil sende legemidler med et bud. Kostnadene betales av kundene. I Sverige koster utlevering av legemidlene på posten SEK 35, mens hjemmeleveranser koster SEK 125. I begge landene kan bestillingen hentes kostnadsfritt i apotekene. I underkant av halvparten av kundene i Sverige velger å hente bestillingen på apotek. En tilsvarende andel velger å hente på postens utleveringssted, mens bare en liten andel velger forsendelser hjem (Petersson (2006)).

Hva slags forsendelseskostnader vi kan forvente i Norge er avhengig av hvilken regulering myndighetene legger opp til samt hvilket regime aktørene i markedet vil basere sine e-handelsløsninger på. Noen kunder vil ha betalingsvilje for forsendelser fordi det kan spare tid og andre kostnader for kunden. Andre vil ikke ha samme betalingsvilje, og vil fortsette å handle legemidler i de fysiske apotekene. Imidlertid vil noen uavhengig av preferanser bli belastet forsendelseskostnader fordi det lokale apoteket forsvinner. For disse blir da legemidlene "ufrivillig" dyrere, og i verste fall kan det føre til uheldig underforbruk av legemidler. I tillegg vil dermed forbrukerne i Norge i praksis stå overfor ulike priser på de samme legemidlene. Hvordan slike effekter slår ut er igjen et resultat av hva myndighetene gjør med fraktrefusjonsordningen. Vi diskuterer dette i avsnittet under.

Det synes samlet sett som lite sannsynlig at e-handel og eventuelt sterkere konkurranse vil ha en særlig effekt på prisene i markedet, fordi priselastisiteten i markedet er lav. Sterkere konkurranse om kunden vil eventuelt kunne slå ut i bedre tilbud og service, og konkurranse om å sikre kundenes lojalitet gjennom å tilby ulike tilleggstenester. Forsendelseskostnader kan isolert sett bidra til at legemidlene samlet sett blir dyrere.

---

<sup>4</sup> Sammenligning av prisene på merkevarene. Apotekene selger også generiske alternativer til lavere priser enn merkevarene.

## Generisk bytte

En viktig del av målet om rasjonell legemiddelbruk og lave priser, er ordningen med generisk bytte, som administreres av apoteket. Ordningen innebærer at apotekpersonalet informerer kundene og mulige alternativer til den eller de legemidlene legen har forskrevet på resepten. Alternativene er likeverdige legemidler i den forstand at de har samme virkestoff og samme anvendelse. Både legen og apotekkunden kan reservere seg mot å foreta slike bytter.

Teknisk sett er det fullt mulig å etablere en tilsvarende byttefunksjon i en e-handelsløsning. I Sverige er dette innarbeidet i nettløsningen, med forklaring av ordningen, oversikt over hva som er foreskrevet samt alternativene (alle med pris). Det er også oppgitt et døgnbemannet telefonnummer til Apoteket Kundcentrum. Også i Danmark er generisk substitusjon lagt inn som en mulighet ved kjøp av reseptlegemidler via e-handelsløsningen. Kundene kan under "Tidligere ordre" se hva som er utlevert og hva resepten opprinnelig lød på, dersom det er foretatt generisk substitusjon.

Spørsmålet er i så fall ikke av teknisk art, men om omfanget av ordningen vil være annerledes i e-handel enn i tradisjonell handel. I dag får kunden byttetilbudet forklart av apotekpersonalet, samt at handelssituasjonen gir kunden mulighet til å stille spørsmål rundt byttet av legemidler. I e-handelsløsninger vil et slik bytte i langt mindre grad være forbundet med samme mulighet til å stille spørsmål. Formålet og effektene av bytte kan imidlertid også forklares godt i nettløsningene.

I den grad kundene i utgangspunktet er skeptiske til å bytte legemidler, er det mulig at det i e-handelsløsninger vil være større tilbøyelighet til ikke å bytte. Dette er imidlertid ikke mulig å forutsi. Ordningen med generisk bytte har nå eksistert i en rekke år, og er en ordning som etter hvert begynner å bli innarbeidet og kjent hos veldig mange legemiddelbrukere. Dette bør tale for at byttegraden ikke påvirkes nevneverdig i e-handel i forhold til tradisjonell handel.

Gjennom ordningen med generisk bytte bidrar apotekene til en prisdempende effekt i legemiddelmarkedet. Som vi har drøftet tidligere må e-handelsløsningene ta hensyn til at ordningen med generisk bytte videreføres. Dersom e-handel gir mindre grad av generisk bytte enn tradisjonell apotekhandel, kan den samlede priseffekten av ordningen reduseres.

### 4.5.2 Effekt på betalingsevne

Det viktigste virkemidlet for å sikre tilgang til legemidler uavhengig av betalingssevne er refusjonsordningen for legemidler på blå resept. Ordningen ivaretar forbrukere med store utgifter til legemidler, ved at myndighetene betaler for forbruket utover en egenandel. Apotekene forskutterer i dag disse refusjonene på vegne av myndighetene når kundene kommer i apoteket. Apoteket har igjen såkalte oppgjørsavtaler med Rikstrygdeverket, og får refundert utleggene i etterkant. Forbrukere som i dag importerer refusjonsberettigede legemidler fra utlandet (også e-handel) må selv legge ut hele beløpet, og selv administrerer refusjon i Norge.

Vi har tidligere drøftet at blåreseptordningen er grunnleggende i norsk legemiddelforvaltning. Det er neppe noen praktiske begrensninger knyttet til at

ordningen med oppgjørsavtaler også omfatter e-handelsløsninger. For eksisterende aktører som allerede tilfredsstillt kravene til å ha oppgjørsavtaler, bør dette være uproblematisk. Det bør være mulig å koble virksomhetskrav eller konsesjonskrav til aktørene med kravene i oppgjørsavtalesystemet dersom myndighetene ønsker dette. Dette gjøres blant annet i Danmark. Kunden får beregnet en pris eksklusiv refusjon, og dette beløpet registreres i betalings-sentralen (reserveres på kundens konto). Når varene ekspederes gjøres en eksakt beregning av hva kunden skal betales og det er dette beløpet som trekkes ved kundenes betaling.

På samme måte som blåreseptrefusjonen ivaretar forbrukere med høye legemiddelutgifter, skal fraktrefusjonsordningen ivareta dyre forsendelser som følge av dårlig tilgjengelighet for særskilte brukere. Apotekene bidrar også til å administrere denne ordningen på vegne av myndighetene, ved å betale forsendelser som senere refunderes (delvis). Som sagt kan noen forbrukere stå overfor høyere legemiddelkostnader ved at det lokale apoteket eventuelt forsvinner og de må betale for forsendelser. I kapittel 2 har vi drøftet hvordan fraktrefusjonsordningen kan utformes ved endringer i distribusjonsreguleringene. Dersom ordlyden i fraktrefusjonsordningen opprettholdes som i dag, vil ordningen favne brukere som mister sitt lokale apotek. Dette betyr at ordningen blir dyrere for myndighetene. Ettersom ordningen ikke fullt ut kompensere for kostnadene ved forsendelser kan dette også gi dyrere legemidler for en del brukere. Betalingsevne kan dermed begrense tilgangen til legemidler for noen legemiddelbrukere.

E-handel vil sannsynligvis til en viss grad baseres på kredittkort som betalingsmiddel. Av økonomiske årsaker, som betalingsevne, er det ikke alle som har tilgang på kredittkort. Dersom netthandel blir eneste handelsalternativ for slike brukere, kan tilgang på legemidler svekkes som følge av betalingsevne for disse.

## Referanser

- Aftenposten (2005): <http://www.aftenposten.no/helse/article1073129.ece?rfid=bm>
- Almarsdóttir m.fl. (1997): "Drug-related problems and pharmacy interventions in community practice", Almarsdóttir, Birrna, Melander and Westerlund, *The International Journal of Pharmacy Practice*, 1999:7:40-50.
- Andreassen m.fl. (2002): "Nordmenns bruk av helsetilbud på internett", Andreassen, Gammon, Hjortdahl og Sandaune. Utvalgsundersøkelse (blant den voksne befolkningen) basert på telefonintervjuer og e-post. *Tidsskriftet Norske Lægeforening* nr. 17. 2002.
- Apotekforeningen (2005): *Apotek og legemidler: Bransjestatistikk om apotekenes virksomhet og rammevilkår 2005*.
- Apotekforeningens Apotekbarometer (2005).
- Arruñada (2004): "Quality safeguard and regulation of online pharmacies", *Health Economics* 13: 329-444 (2004).
- Brynmildsen og Stenstad (2005): "Rapport om reseptfrie legemidler", Brynmildsen og Stenstad, *Forbrukerrådet*, januar 2005.
- ECON (2004): *Evaluering av apotekloven og indeksprissystemet*, ECON-rapport 2004-010.
- Folkehelseinstituttet (2006): "Medisinsalg i butikk og kiosk øker ikke forbruket", [www.fhi.no](http://www.fhi.no) februar 2006.
- Folketrygdloven, LOV-1997-02-28-19.
- Granås m.fl (2003): "Elektronisk reseptoverføring – ny teknologi kan bidra til mer rasjonell legemiddelbruk"; Granås, Haavik, Horn og Kjønningesen, Institutt for apotekforskning, *Norsk Farmaceutisk Tidsskrift* 8/2003.
- Granås m.fl. (2005): "Forskrivningsfeil – omfang og oppklaring": Granås, Haavik, Horn, Mellby og Kjønningesen, *Tidsskriftet Norsk Lægeforening* 3/2006.
- Granås m.fl. (2006): "Sikkerhet i reseptekspedisjonen – apotekansattes holdninger og risikovurdeirnger": Granås, Horn og Walter, Institutt for Apotekforskning, *Norsk Farmaceutisk Tidsskrift* 1/2006.
- Granås og Haavik (2004): "Diplomoppvare I apotekfarmasi", Granås og Haavik, Institutt for apotekforskning, *Norges Apotekerforenings Tidsskrift* 01-2004.
- Helsenytt (2004): Doktorgradsstipendiat i klinisk kommunikasjon, Hilde Eide, UiO, [www.helsenytt.no](http://www.helsenytt.no) 03.02.04.
- Innst. S. nr. 197 (2004-2005)



Lovdata: <http://www.lovdata.no/all/hl-20000602-039.html>,  
<http://www.lovdata.no/for/sf/ho/ho-20010226-0178.html>,  
<http://www.lovdata.no/for/sf/ho/ho-19980427-0455.html>

Michael E. Porter, ”Konkurransestrategi”, 1998.

Petersson (2006): Foredrag av Klas-Göran Petersson, Apoteket AB, Lysebu 13. mars 2006.

SNF (2004): *Økonomisk verdsetting av apotek tjenester*, SNF-rapport nr. 17/04.

St. meld. nr 18 (2004-2005) *Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk*.

Statens legemiddelverk, <http://www.legemiddelverket.no>

Statistisk sentralbyrå: *Helse i Norge 2000*.

Statistisk sentralbyrå (2003): *IKT i husholdningene*. <http://www.ssb.no/emner/10/03/ikthus/>

Statistisk sentralbyrå (2004): *IKT i husholdningene*. <http://www.ssb.no/emner/10/03/ikthus/>

Statistisk sentralbyrå (2005): *Bruk av IKT i husholdningene*. <http://www.ssb.no/emner/10/03/ikthus/>

Statistisk sentralbyrå: *Informasjonssamfunnet 2005*.

Svilaas (2006): ”Compliance: Hvordan skal vi få pasienter til å gjøre som vi ønsker?”, Arne Svilaas, spesialist i allmennmedisin, Kongsberg. [www.astrazeneca.no](http://www.astrazeneca.no).

Søndergaard (2006): Foredrag av Marianne Søndergaard, Danmarks Apotekerforening, Lysebu 13. mars 2006.

The Economist (2004): “Unlimited opportunities”, 13 may 2004.

The Economist (2006): “Pass the parcel”, 9. february 2006.

# VEDLEGG 1: Distribusjon av legemidler i dag

Befolkningens forbruk av legemidler distribueres hovedsakelig av apotekene, delvis av sykehusene og i noen grad av privatpraktiserende spesialister og fastleger, og andre med spesialtillatelse. Mesteparten av legemidlene selges over disk i apotekene. Apotekenes salg av legemidler er regulert i apotekloven og tilhørende forskrifter. Loven...

*... har til formål å sikre forsvarlig utlevering av legemidler til sluttbruker. Den skal medvirke til riktig legemiddelbruk i befolkningen og til god tilgjengelighet i alle deler av landet til legemidler og farmasøytiske tjenester som har god kvalitet og rimelig pris.*

Loven regulerer

- Formål og virkeområde (Alminnelige bestemmelser kapittel 1)
- Konesjon til eierskap til apotek (kapittel 2)
- Konesjon til drift av apotek (kapittel 3)
- Apotekets personale (kapittel 4)
- Grunnkrav til apotekvirksomhet (kapittel 5)
- Salg og markedsføring fra apotek (kapittel 6)
- Tilvirkning av legemidler i apotek (kapittel 7)
- Tilsyn med apotek (kapittel 8)

Som bakgrunn for å drøfte e-handel og økt adgang til forsendelser av legemidler, er det særlig tre grupper av reguleringer som er viktige. Dette er reguleringer av:

- *hvem* som kan selge legemidler
- *hvilke* legemidler forhandlerne kan selge og
- *hvordan* handelen mellom apoteket og kundene innrettes.

Apotekloven regulerer disse tre hovedspørsmålene i dagens distribusjonssystem. Med utgangspunkt i spørsmålene, er det primært bestemmelsene i kapittel 2 til 7 som er relevante. I dette vedlegget ser vi nærmere på bestemmelsene som regulerer dagens virksomhet og distribusjon. Oversikten tjener som bakgrunn for drøftingene som er gjort i kapittel 2 i rapporten.<sup>5</sup>

## V.1.1 Krav til apotek, eierskap og drift

Apotekloven gjelder apotek. Definisjonen av et apotek framkommer i apoteklovens § 1-3 *Virkeområde*. Et apotek er et salgs- og tilvirkningssted for legemidler til sluttbruker, som er fysisk tilgjengelig for publikum.

---

<sup>5</sup> Kilder :  
<http://www.lovdata.no/all/h1-20000602-039.html>  
<http://www.lovdata.no/for/sf/ho/ho-20010226-0178.html>  
<http://www.lovdata.no/for/sf/ho/ho-19980427-0455.html>

Det kreves konsesjon for å eie apotek. § 2-2 *Apotekkonsesjon til privat søker* og § 2-3 *Private søkere som ikke kan gis apotekkonsesjon* gir apotekkonsesjon til personer og virksomheter som

- har hederlig vandel, økonomisk evne til å drive faglig forsvarlig, evne til hurtig og sikker levering av legemidler, som kan dokumentere sannsynlighet for at apotekets faglige virksomhet får et omfang som er stort nok til at apotekets kompetanse som faghandel av legemidler sikres og vedlikeholdes.
- men som *ikke* har rekvireringsrett for legemidler, *ikke* tar syke i behandling, og *ikke* er en industriell tilvirker av legemidler (eller kontrolleres med 10 prosent eller mer av slike virksomheter).

For å kunne drive et apotek kreves det også konsesjon for den personen som skal være daglig leder for apoteket. I følge § 3-2 *Rett til driftskonsesjon* og § 3-4 *Driftskonsesjonens omfang* kan konsesjon gis til universitetsutdannede farmasøyter, som har offentlig godkjenning, minst 2 års farmasøytisk praksis etter eksamen, samt hederlig vandel. En driftsansvarlig kan lede et hovedapotek og inntil tre filialapotek, som hver skal være under stedlig ledelse av en apotekbestyrer.

Kapittel 2 og 3 regulerer også: konsesjonsmyndighet, apotekkonsesjon til kommuner, fylkeskommuner, sykehusapotek, kommunal høring, apotekkonsesjonens omfang, vilkår for apotek- og driftskonsesjon, rettsvirkninger av apotekkonsesjon, opplysningsplikt og særlige meldeplikter, overtakelse av, avkall på, tilbakekalling av og endring av apotekkonsesjon, andre krav til apotekvirksomheten, forholdet mellom konsesjonærene, driftskonsesjonsansvaret ved lengre fravær, overtakelse av, tilbakekall og endring av driftskonsesjon, samtidig bortfall av apotek- og driftskonsesjon. I tillegg kan departementet gi nærmere bestemmelser til utfylling og gjennomføring av reglene.

## V.1.2 Forhandlings- og leveringsplikt

I følge apoteklovens § 5-3 *Forhandlingsplikt* har apotekene plikt til å forhandle *alle* legemidler som er tillatt solgt her i landet og vanlig medisinsk utstyr som benyttes av forbrukere. Legemidler kan leveres fra medisinutsalg i den utstrekning det er bestemt i forskrift. Apotekforskriften regulerer hvilke legemidler dette gjelder, og gir nærmere regler for medisinutsalg med krav til lokaler, personale, bestyrelse, utlevering.

I følge lovens § 6-1 *Leveringsrett for apotekets varer* og § 6-2 *Leveringsplikt for forhandlingspliktige varer* skal apotekene levere forhandlingspliktige varer og yte tjenester som følger av forhandlingsplikten. Varene skal leveres så raskt som mulig. Apotekene kan også levere og yte andre varer og tjenester hvis det naturlig og hensiktsmessig lar seg forene med apotekets salg av forhandlingspliktige varer.

Kapittel 5 regulerer videre: krav til apotekenes lokaler, innredning og utstyr, åpnings- og lukningstider, vareleveranser og -lager, leveringsgrad, regnskap og annen virksomhetsregistrering, internkontroll og formidling av offentlig informasjon. Kapittel 6 regulerer en rekke krav knyttet til handelsprosessen, jf. nedenfor.

### V1.3 Handelen med legemidler

Salg av legemidler til sluttbruker reguleres både av apotekloven og legemiddel-  
loven og legemiddelforskriften. Legemiddeloven og -forskriften regulerer hvilken  
reseptstatus ulike legemidler skal ha.

Vi kan skille mellom reseptfrie og reseptpliktige legemidler.

- Det skilles mellom A, B og C-resepter. A- og B-legemidler omfatter narko-  
tiske stoffer og vanedannende preparater som skal behandles mer aktsomt  
på flere måter både av leger og apotekpersonalet.
- Det skilles også mellom blå og hvite resepter. Legemidler for alvorlige og  
kroniske lidelser kan skrives ut på blå resept. Blåreseptordningen innebærer  
at forbrukeren av legemidler årlig betaler en maksimal egenandel for lege-  
middelforbruket på 1615 kroner i 2006. Alt forbruk utover dette betaler  
folketrygden. Brukeren får utstedt et frikort.

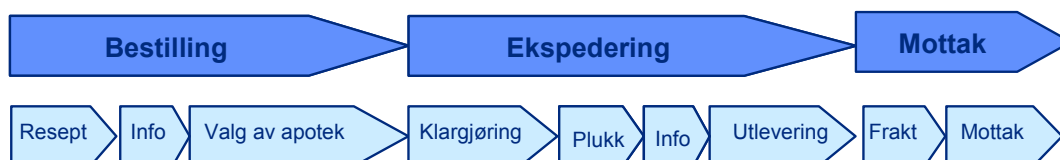
Tilgangen til ulike legemidler er regulert av reseptstatus.

Kjøp av reseptfrie legemidler ligner mye på kjøp av en hver annen vare eller  
tjeneste. Man bestemmer seg for at man trenger et visst legemiddel eller et eller  
annet middel mot et onde, går på apoteket (eller til dagligvarehandelen) for å søke  
råd (dagligvarebutikkene gir ikke råd) og kjøpe det ønskede legemiddelet. Man  
betaler og kan ta legemiddelet i bruk.

Kjøp av reseptpliktige legemidler er resultatet av en noe annen prosess. Det man  
selv først og fremst avgjør, er at man føler seg dårlig. Hvis det er plagsomt nok,  
eller man tror det er noe alvorlig i veien går man trolig til legen. Legen vurderer  
symptomene og skriver eventuelt ut en resept på et legemiddel. I følge  
helsepersonelloven er det kun leger (og tannleger) som kan rekvirere reseptbelagte  
legemidler. Når forbrukerne har fått en resept og den informasjonen de har krav  
på og som legen vurderer at de trenger går de videre til apoteket med resepten.  
Apoteket finner frem riktig pakning og gir eventuelt ytterligere informasjon og  
rådgivning (i henhold til bestemmelsene i apotekloven). Dersom legemiddelet er  
skrevet ut på hvit resept betaler man og kan så ta legemiddelet i bruk. Hvis  
legemiddelet er skrevet ut på blå resept betaler man som nevnt bare en andel av  
prisen selv inntil man har fått frikort, og folketrygden betaler resten.

En oppstykket illustrasjon av handelsprosessene er vist Figur V.1 nedenfor.

Figur V.1 Handel med legemidler på sluttbrukerleddet. Stilisert prosess.



Kilde: ECON

**Bestilling** omfatter det vi har beskrevet som identifisering av behov for reseptfrie  
legemidler eller konsultasjon hos lege for å få resept. Bestilling omfatter også  
forbrukernes valg av apotek. Det skjer normalt ved at de oppsøker det apoteket  
som det er mest praktisk å oppsøke, eller som de bruker fast.

I de tilfellene hvor forbrukerne har behov å få tilsendt de forskrevne legemidlene fra et apotek i nærområdet skjer bestilling ved at legen fakser resepten til dette apoteket, eller ringe den inn. Dersom det er flere apotek i nærområdet skal brukeren velge apotek, på samme måte som de gjør når de får med seg resepten og selv oppsøker apoteket.

**Ekspedering** omfatter farmasøytisk kontroll og istandgjøring av legemiddel i henhold til resept eller rekvisisjon. Ekspedering inneholder også informasjon og veiledning til kundene, både for reseptpliktige og reseptfrie legemidler.

Apoteklovens § 4-1 *Apotekets faglige personale* regulerer de faglige kravene til kompetansen til de som jobber i apotek. Lovens § 4-4 *Ekspedisjon og håndtering av legemidler* at det kun er apotekets farmasøytiske personale som har rett til selvstendig å ekspedere legemidler etter resepten og rekvisisjonen som etter gjeldende utleveringsbestemmelser skal være undergitt farmasøytisk kontroll. All håndtering av legemidler skal foregå under tilsyn av apotekets farmasøytiske personale. Det skal påses at gjeldende bestemmelser blir fulgt og at arbeidet for øvrig blir utført faglig forsvarlig.

Utover dette regulerer kapittel 4 primært krav til samarbeid med helsepersonell og praktisk opplæring i praksisapotek.

Den farmasøytiske kontrollen og istandgjøring av legemidler er nærmere regulert i forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek. Forskriften utdyper blant annet krav til mottak av resept og rekvisisjon. Alle resepter håndteres av farmasøyt. Telefonresepter skal også tas imot av farmasøyt og nedtegnes skriftlig på en måte som muliggjør en samlet etterkontroll av siste års telefonresepter. Apotek som mottar muntlig resept eller rekvisisjon, herunder per telefon, og elektronisk overført resept, herunder telefaksresept, skal ha rutiner for kontroll av rekvirentens identitet. Apoteket skal straks skaffe de opplysninger som er nødvendige for å sikre sikker ekspedering og korrekt bruk av legemiddelet. Dette gjelder i tilfeller der resepten eller rekvisisjonen ikke er avfattet i samsvar med bestemmelser, dersom det er tvil om tolkningen av resepten eller rekvisisjonen eller dersom det er grunn til å tro at rekvirenten har begått feil. Dersom det er tvil om at en resept er ekte, må dette avklares før legemiddelet utleveres.

På alle punktene som gjelder farmasøytisk kontroll og istandgjøring av legemidler i reseptgruppe A og B og andre legemidler som kan misbrukes, må apoteket utvise særlig aktsomhet, og ta spesielle forholdsregler der det er påkrevd.

Plukk innebærer å gjøre i stand legemidlene for utlevering. Det vil si hente den riktige legemiddelpakningen i apotekets hyller og skrive ut en etikett, med nødvendige opplysninger.

Utleveringen av legemidlene er regulert gjennom apoteklovens § 6-6 *Utlevering av legemidler etter resept og rekvisisjon* og § 6-7 *Utlevering av legemidler uten resept*. Apotekets rådgivnings- og informasjonsplikt i samhandlingen med kunden er en viktig del av utleveringsbestemmelsene. Både ved utlevering av reseptpliktige og reseptfrie legemidler skal apoteket bidra til at kunden får tilstrekkelig informasjon om legemiddelet til at det brukes riktig.

I henhold til § 6-4 *Prisopplysningsplikt* skal apoteket også, hvis flere forhandlingspliktige legemidler er likeverdige, informere kunden om billigste alternativ, med mindre prisforskjellen er ubetydelig. Likeverdige reseptpliktige legemidler er legemidler som er byttbare etter § 6-6.

Bestemmelsene om utlevering er ytterligere utdypet i forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek.

- Utlevering av legemidler etter resept og rekvisisjon (kapittel 8)
- Utlevering og oppbevaring av resepter (kapittel 9)
- Utlevering av legemidler uten resept (kapittel 10)
- Merking ved utlevering av legemidler (kapittel 12).

Ved utlevering av et legemiddel skal apoteket påse at det er tilstrekkelig merket til å sikre: identifikasjon av preparat; identifikasjon av produsent; riktig oppbevaring; riktig bruk. Legemidler som utleveres etter resept skal i tillegg være merket med: brukerens navn; rekvirentens navn og yrke; dato for utlevering; apotekets navn. Vanligvis skal legemiddelet også påføres bruksområde og bruksretledning slik dette går fram av resepten. Farmasøytens kvittering skal påføres, med mindre hensynet til sikker ekspedisjon kan dokumenteres ivaretatt på annen måte. Det finnes også ulike bestemmelser om tilleggsmerking for spesielle typer legemidler. Ulike advarsler skal også påføres dersom de ikke allerede fremgår av standardmerkingen. Resepter skal utleveres samtidig som legemiddelet utleveres til mottakeren. Kan resepten ikke utleveres, bør brukeren gjøres oppmerksom på det. Telefonresepter, telefaksresepter, telefaksrekvisisjoner og andre elektronisk overførte resepter kan ikke utleveres.

I de tilfellene der forbrukeren selv møter opp på apoteket for å kjøpe et reseptfritt eller reseptpliktig legemiddel omfatter **mottaket** å få legemiddelet i hånden over disk og betale for det.

Som nevnt kan legemidlene også sendes til forbrukeren i særlige tilfeller, jf. apoteklovens § 6-1 *Leveringsrett for apotekets varer m.v.* og i apotekforskriften § 41 *Legemiddelforsendelse til forbrukere*. Der heter det at

*Apotek kan sende legemidler til forbrukere bosatt i apotekets naturlige geografiske kundeområde. Med forsendelse menes enhver distribuering av legemidler som skjer utenfor apotekets driftslokaler.*

*Sykehusapotek kan uavhengig av første ledd sende legemidler til tidligere og andre pasienter når hensynet til pasienten tilsier det.*

I de tilfellene der et legemiddel skal sendes til forbrukeren er det utarbeidet regler for apotekets håndtering. I følge forskriften om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek skal forsendelse av legemidler skje slik at det sikres at de kommer til rett mottaker, og at de er uskadet og uten kvalitetsforringelse. Ved forsendelse av legemiddel som krever spesielle oppbevaringsbetingelser, må apoteket dessuten ta hensyn til kravene til oppbevaring ved pakking og vurdering av forsendelsestid og forsendelsesmåte.

I følge apotekforskriftens § 44 kan apoteket få refundert...

*... utgifter til forsendelse som nevnt i § 41, av legemidler forskrevet av lege eller tannlege, (...) når forsendelsen tilsies av geografiske forhold, forbrukerens fysiske eller psykiske helsetilstand eller andre omstendigheter som gjør utlevering i apotek til en særlig belastning for forbrukeren.*

Denne bestemmelsen kalles fraktrerefusjonsordningen, og er etablert for å sikre tilgjengelighet til legemidler til de som har vanskeligheter med å komme seg til et apotek.

Kapittel 6 i apotekloven regulerer ut over dette reklamasjoner og varslingsplikt ved feil og kvalitetsmangler, returmedisin, passiv og indirekte, samt aktiv markedsføring i og av apotek. Også her kan departementet gi nærmere bestemmelser til utfylling og gjennomføring av reglene.

Vi nevner til slutt av forbrukere har lov til å innføre legemidler fra utlandet, også via internett dersom visse betingelser er oppfylt.<sup>6</sup>

- Legemiddelet må være til eget bruk.
- Legemiddelet må være anskaffet på en lovlig måte i anskaffelseslandet.
- Innførsel av legemidler per post er kun tillatt fra land innenfor EØS.
- Legemidler som inneholder stoffer som anses som narkotika eller dopingmidler er ikke lov å innføre.

Kjøp via disse kanalene krever at forbrukeren selv krever inn eventuell refusjon gjennom blåreseptordningen.

### **V.1.5 Tilsyn med apotek**

I følge apoteklovens kapittel 8 er skal departement føre tilsyn med at krav til apotekvirksomhet i lov og forskrifter er oppfylt.

Den som er gjenstand for tilsyn, plikter å sørge for at tilsynsmyndigheten har uhindret tilgang til virksomheten. Tilsynsmyndigheten kan pålegge apotekkonsepsjonæren, apotekeren og apotekbestyrer, eller representanter for disse, å være til stede under tilsynet. Tilsynsmyndigheten skal ha tilgang til nødvendig dokumentasjon og kan vederlagsfritt ta ut legemidler og andre varer til nærmere undersøkelse og kontroll.

Hvis apoteket ikke oppfyller krav til virksomheten fastsatt i lov og forskrifter, kan tilsynsmyndigheten gi pålegg om retting innen en fastsatt frist. Ved mangelfull eller uforsvarlig drift kan tilsynsmyndigheten gi advarsel, selv om forholdet er rettet på eller har vært av forbigående karakter. Beslutning om advarsel regnes som enkeltvedtak og rettes både til apotekkonsepsjonæren og til apotekeren. Tilsynsmyndigheten kan stenge apotek og medisinsalg hvis det ikke foreligger slik konsesjon eller tillatelse som loven påbyr, eller hvis virksomheten kan medføre vesentlig fare for helse og sikkerhet. Ved stenging kan det kreves at lokalene forsegles. Tilsynsmyndigheten kan om nødvendig kreve bistand fra politiet for å gjennomføre stenging og forsegling.

---

<sup>6</sup> Statens legemiddelverk, [www.legemiddelverket.no](http://www.legemiddelverket.no).

## VEDLEGG 2: Eksempler på reguleringer

Formålet med drøftingene av reguleringsendingene i prosjektet har vært å spenne ut et *mulighetsområde*. Dette betyr at vi har belyst valg og vurderinger myndighetene kan stå overfor samt noen alternative innretninger på ulike reguleringer knyttet til e-handel og forsendelser, jf. kapittel 2.

I seminarene med diskusjonsforumet ble ulike reguleringselementer drøftet. Som et ledd i dette ble det utarbeidet fire *eksempler* på kombinasjoner av reguleringer. Eksempelene er ikke forankret i et bestemt utgangspunkt eller en målsetting med e-handel og forsendelser. De har dermed heller ikke vært vurdert i forhold til hvor hensiktsmessig de er. Det har ikke vært en del av oppdraget å utarbeide implementeringsferdige løsninger. Eksempelene må ses på som et hjelpemiddel i arbeidet med å forstå ulike muligheter. En rekke andre eksempler, med andre kombinasjoner av reguleringselementer, kunne også vært diskutert og vist.

Nedenfor presenterer vi eksemplene. I Tabell V2.1 har vi oppsummert egenskapene ved de fire eksemplene. Vi har stikkordsmessig beskrevet hvem som skal kunne sende legemidler, hvilke legemidler som skal kunne sendes, hvordan handelen med legemidler kan foregå og hvordan refusjonsordningene kan utformes og organiseres.

I tabellen har vi skravert de forholdene som karakteriserer eksemplene. De feltene i tabellen som ikke er skravert representerer forhold som ikke endres vesentlig i forhold til dagens regulering. Karakteristisk for eksemplene er altså:

- **Regionale e-apotek:** Den viktigste endringen i forhold til dagens regulering er at apotekene kan sende legemidler i et større geografisk område enn i dag. Forsendelsene skal imidlertid underlegges en kontroll ved mottak. Forbrukeren må motta legemidlene personlig, enten ved å møte opp på et apotek, på postkontoret eller få legemidlene sendt hjem med bud. Dersom mottakeren synes uskikket (for eksempel mindreårig eller beruset) til å motta legemidlene skal utleveringsinstansen kunne nekte utlevering (sosial kontroll).
- **Nasjonale e-apotek:** Den viktigste endringen i forhold til dagens regulering er at alle apotek kan sende legemidler til forbrukere uansett hvor i landet disse bor. Forsendelsene skal imidlertid underlegges samme type en kontroll ved mottak som i eksemplet over.
- **Virtuelle apotek:** Den viktigste endringen i forhold til dagens regulering er at definisjonen av et apotek endres. I prinsippet beholdes alle konsesjonskrav, unntatt kravet om at apoteket skal ha driftslokaler som er tilgjengelige for kunden. Det innebærer at det er mulig å etablere en virksomhet som kun driver med forsendelser av legemidler. I praksis er ikke dette eksemplet veldig forskjellig fra det forrige på dette punktet.



I eksemplet åpnes det også for å splitte farmasøytrollen og plukkingen av legemidler. Det legger til rette for utnyttelse av stordriftsfordeler på tvers av land.

Det stilles ingen krav til sosial kontroll ved mottak av tilsendte legemidler, men mottakeren må kvittere for å ha mottatt legemidlene. I praksis vil det være en like streng regulering som å kreve sosial kontroll fordi det neppe vil være nødvendig å benytte mulighetene til å tilbakeholde legemidler som den sosiale kontrollen gir mulighet for.

Fraktfusjonsordningen er i eksemplet utvidet til å omfatte forsendelser fra hvilket som helst apotek, så lenge kunden bor i et område med dårlig apotekdekning.

- **Virtuelle nisjeapotek:** Den viktigste endringen i forhold til dagens regulering er at definisjonen av et apotek endres, samt at det lempes noe på fullsortimentskravet. I prinsippet beholdes alle konsesjonskrav, unntatt kravet om apoteket skal ha driftslokaler som er tilgjengelige for kunden. Det innebærer at det er mulig å etablere en virksomhet som kun driver med forsendelser av legemidler.

I eksemplet kan apotekene søke om å bli fritatt fra fullsortimentskravet på forsendelsesdelen av virksomheten sin. De som driver en nisjevirksomhet kan videre få tillatelse til å lære opp andre enn farmasøyter til å kontrollere resepter og levere ut legemidler. I likhet med eksemplet over åpnes det for muligheten til å splitte farmasøytrollen og plukkingen av legemidler.

Det stilles ingen spesiell krav til forbrukernes mottak av tilsendte legemidler. Fraktfusjonsordningen er i eksemplet utvidet til å omfatte forsendelser fra hvilket som helst apotek, så lenge kunden bor i et område med dårlig apotekdekning. Ikke alle forhandlere gis nødvendigvis oppgjørsavtale med trygden.

Tabell V2.1 Oppsummering av fire reguleringseksempler

| Modell                             | HVEM                                   | HVA                            | HVORDAN             |        |                         |      |                                     |          |                          |                       |                                   | Frakt-<br>refusjon       | Blå-<br>resept  |
|------------------------------------|--|--------------------------------|---------------------|--------|-------------------------|------|-------------------------------------|----------|--------------------------|-----------------------|-----------------------------------|--------------------------|-----------------|
|                                    |  |                                | Bestilling          |        |                         |      | Ekspedering                         |          |                          | Forsendelse - mottak  |                                   |                          |                 |
|                                    |  |                                | Resept              | Valg   | Når<br>velges           | Info | Klargjøring                         | Plukk    | Utlevering               | Bringes               | Mottak                            |                          |                 |
| <b>Regionale e-apotek</b>          | Region-<br>apotek                      | Full-<br>sortiment             | Legen<br>(e-resept) | Bruker | Hos<br>legen<br>/hjemme | Noe  | Farmasøyt                           | Kontroll | Der farma-<br>søyten er  | Allment<br>forsvarlig | Sosial<br>kontroll/<br>kvittering | Som i<br>dag             | Som i<br>dag    |
| <b>Nasjonale e-apotek</b>          | Alle fysiske<br>apotek                 | Full-<br>sortiment             | Legen<br>(e-resept) | Bruker | Hos<br>legen<br>/hjemme | Noe  | Farmasøyt                           | Kontroll | Der farma-<br>søyten er  | Allment<br>forsvarlig | Sosial<br>kontroll/<br>kvittering | Som i<br>dag             | Som i<br>dag    |
| <b>Virtuelle apotek</b>            | Alle med<br>forsendelses-<br>konsesjon | Full-<br>sortiment             | Legen<br>(e-resept) | Bruker | Hos<br>legen<br>/hjemme | Noe  | Farmasøyt                           | Kontroll | Der eksped-<br>ienten er | Allment<br>forsvarlig | Kvittering                        | Som i<br>dag +<br>postnr | Som i<br>dag    |
| <b>Virtuelle nisje-<br/>apotek</b> | Alle med<br>forsendelses-<br>konsesjon | Full-<br>sortiment<br>/ utvalg | Legen<br>(e-resept) | Bruker | Hos<br>legen<br>/hjemme | Noe  | Farmasøyt/<br>legemiddel-<br>kyndig | Kontroll | Der eksped-<br>ienten er | Allment<br>forsvarlig | Uregulert                         | Som i<br>dag +<br>postnr | Modi-<br>fisert |



## **VEDLEGG 3: Deltagere i diskusjonsforumet**

|                          |                                      |
|--------------------------|--------------------------------------|
| Mette Brynnildsen        | Forbrukerrådet                       |
| Eva Johansen             | Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon |
| Marit Måge               | Helse- og sosialdepartementet        |
| Tor Ivar Kanestrøm       | Helse- og sosialdepartementet        |
| Jørgen Huse              | Statens Legemiddelverk               |
| Tor Frostelid            | Statens Legemiddelverk               |
| Cathrine Klerck Fransson | Rikstrygdeverket                     |
| Anne Berit Walter        | Sosial- og Helsedirektoratet         |
| Kai Finnes               | Apotekforeningen                     |
| Oddbjørn Tysnes          | Apotekforeningen                     |
| Jostein Soldal           | Apotekforeningen                     |
| Jan Berg                 | Apotekforeningen                     |
| Jon Andersen             | Apotekforeningen                     |