

HØRINGSUTTAELSE

Tiltak for å få ned legemiddelutgiftene gjennom å utnytte generisk konkurranse

Tilsvar til Helsedepartementets høringsnotat
av 20040430

Oslo, 30. juni 2004

APOTEKGRUPPEN

Innhold

I SAMMENDRAG/KONKLUSJON	2
II BAKGRUNN	3
III NYE FORSLAG	4
1 Problemstillingen	4
2 Dagens system for regulering av generikamarkedet	4
3. Hvorfor fører ikke dagens reguleringsmekanismer til lavere priser?	5
4 Metoder for administrativ fastsetting av maksimalpris	5
Modell A	5
Modell B	5
5 Konkurransestimulering under maksimalprisnivå	5
Indeksprissystemet	5
Gevinstdelingsmodellen	6
Anbudsmodellen	6
Tilskuddsprismodellen	6
Trappetrinnsmodellen	7
IV - TILRÅDNINGER	7

Helsedepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Oslo, 30. juni 2004

Generisk konkurranse i legemiddelmarkedet – høringsuttalelse

Vi viser til Helsedepartementets høringsnotat 2004 - 04 -30 og vil i det følgende redegjøre for de frie apotekenes vurderinger av forslagene i dette.

I SAMMENDRAG/KONKLUSJON

I en samlet vurdering av forslagene i Helsedepartementets notat om prisregulering for generiske legemidler i et apotekmarked bestående av vertikalintegreerte apotekkjeder og frie selvstendige apotek, vil vi tilrå at den foreslåtte Tilskuddsmodellen benyttes. Dette vil være den modellen som er mest forutsigbar, også på lengre sikt. Modellen er transparent og vil gi staten den nødvendige sikkerhet for at planlagt innsparing kan oppnås.

For frie apotek har dagens reguleringsmekanismer ført til lavere priser på reseptmedisin både for kundene og for staten. Frie selvstendige apotek har videreført oppnådde rabatter til kundene og bidratt til å senke regningen til staten. Vi erfarer samtidig at konkurransen i grossistledet er påfallende liten, og at priser på reseptpliktig medisin tenderer mot maksimal tillatt pris (AIP). En ny prismodell må derfor sikre en minimumsavanse for apotekledet, slik at det kan oppnås konkurranselikheter.

II BAKGRUNN

Frie apotek er apotek som ikke eies av apotekkjeder eller grossister, i alt 39 apotek, hvorav 27 distriktsapotek. Disse er organisert i Apotekgruppen, etablert i 2003. Alle reguleringer som gjelder apotek i dag må ses i det perspektiv at det finnes to strukturelt forskjellige typer apotek, apotek som eies av vertikal integrerte kjeder/grossister og frie selvstendige apotek. Disse er henholdsvis utenlandske kjeder og lokale økonomiske enheter.

Frie apotek er per i dag henvist til å gjøre sine innkjøp av legemidler fra grossister som selv eier apotek, og denne situasjonen gir store konkurransemessige ulikheter. Vi ser det derfor som avgjørende at det sikres konkurranseforhold for alle apotek.

For frie apotek har dagens reguleringsmekanismer ført til lavere priser på reseptmedisin både for kundene og for staten. Disse apotekene har videreført oppnådde rabatter til kundene og bidratt til å senke regningen til staten. Det er også vist, blant annet i Forbrukerrapporten 07/2003, s. 10 - 12, og 04/2004 s. 30 - 31, med rettelse i 05/2004, at frie apotek systematisk har gitt bedre tilbud til kundene i form av lavere priser. Dette har selvsagt krevet en stor innsats av eierne med forhandlinger av priser og betingelser. Slike priser som gir en gevinst for kundene og staten har vi ikke kunnet oppnå ved forhandlinger med grossister som eier egne apotek. Vi har ingen garanti for at dagens legemiddelgrossister vil fremføre rabatter som vi har oppnådd hos leverandørene. I praksis kan det også skje at varene ikke er tilgjengelige til tross for at legemiddeleverandørene insisterer på at varene er på lager.

Etter deregulering av apotekmarkedet har de vertikalt integrerte kjedene fått stor generell forhandlingsmakt overfor leverandørene. Det burde derfor ha vært mulig å vise at forbrukerne fikk mer helse igjen for hver skattekrone. Generelt må det forventes at vertikalt integrerte kjeder prisforhandler på europeisk nivå og at gevinster tas ut av moderselskapet i utlandet. I praksis er det vår erfaring at konkurranse i grossistledet er minimal. Grossistenes utsalgspriser på reseptpliktige medisiner tenderer mot fastsatte maksimalpriser (AIP). Prosjektet med enelevering på diabetesmateriell som ble gjennomført for en tid tilbake blant annet i Oslo, er et godt eksempel på hvordan apotekene den gang måtte akseptere den innkjøpspris (AIP) som den leverende grossisten fastsatte. Det er derfor nødvendig at frie apotek i nye prisomlegninger sikres en minimums avanse på alle reseptpliktige legemidler.

Det er av avgjørende betydning at det foreliggende forslag til regulering av priser på generiske legemidler ses i sammenheng med apotekenes mulighet for innkjøp til konkurransekraftige priser og at systemet er praktisk gjennomførbart på apoteknivå.

III NYE FORSLAG

1 Problemstillingen

Høringsnotatet reiser i pkt. 2 følgende problemstilling:

- hvordan det bør gjennomføres prisreduksjoner på generiske legemidler, og
- hvordan bruken av de billigste likeverdige legemidler kan økes

Første ledd kommenteres i pkt. 2 - 6.

Vi har følgende kommentarer til annet ledd:

En vesentlig stimulans for å bruke billigste likeverdige legemiddel er å gi kunden større økonomisk incentiv. Her vil tilskuddsmodellen virke best, i det den gir kunden den nødvendige privat-økonomiske motiv til å velge billigste likeverdige produkt.

Et vesentlig hinder i dag for utnyttelse av det billigste likeverdige legemiddel er at legene i stor grad forskriver navn på originalpreparat. Mange kunder vil fremdeles ha "det legen har skrevet". En viktig endring for å få økt bruk av billigste likeverdige preparater vil derfor være å innføre generisk forskrivning for legene. Dette vil også etter all sannsynlighet skje i praksis for generiske legemidler, fordi ikke alle merker (kjedespesifikke "brands") vil være tilgjengelige i alle apotek.

Et annet hinder er frikortsystemet, som medfører at kunder som har oppnådd frikort er uinteresserte i hva legemidlet koster eller hva egenandelen skulle ha vært. Det samme gjelder når kunden kjøper flere legemidler på en resept slik at den øvre grensen på kr. 450 passeres. For slike kunder er et bytte pga pris uinteressant. For å stimulere til økt bruk av billigste generiske legemiddel bør det innføres sterkere privatøkonomiske incentiver.

2 Dagens system for regulering av generikamarkedet

Gevinstdeling

For frie apotek har gevinstdelingen fungert som forutsatt, og gitt lavere priser til kunde og til staten. Lavere priser er oppnådd ved forhandlinger med legemiddelleverandører, med leveranse gjennom legemiddelgrossist. I prinsippet har ikke frie apotek behov for grossister til slik fremføring, det er tilstrekkelig med distribusjonsavtaler med en landsdekkende distributør. Det er ikke sannsynlig at dagens legemiddelgrossister for fremtiden vil være interesserte i distribusjonsavtaler for frie apotek, og nye systemer for distribusjon av legemidler til frie apotek er derfor påkrevet.

Indeksprissystemet.

For frie apotek har indeksprissystemet fungert etter myndighetenes intensjoner. Vi viser ellers til den redegjørelse som nylig er gitt i Helsedepartementets høringsnotat pkt. 4.2 og 8.1, og slutter oss til dette.

3. Hvorfor fører ikke dagens reguleringsmekanismer til lavere priser?

3.1 Maksimalprisregulering av generiske legemidler

Vi viser her til høringsnotatets pkt. 4.2, som beskriver hvorfor rabatter fra leverandører ikke når fram til RTV og kunden i dagens system. Vi vil si oss enige i denne vurderingen fra helsedepartementets side, og advare mot at man nå med en ny struktur for prisregulering forsterker denne effekten ytterligere. Dette vil skje gjennom den såkalte trappetrinnsmodellen.

Strengere regulering av prisene gjennom maksimalprisfastsetting krever enten kobling mot minimumsavansesatser for apotekleddet eller muligheter for kjøp direkte hos leverandører og distribusjonsavtaler utenom grossist. I så tilfelle må det sikres avsetning hos kundene, slik at kundene ikke kan motsette seg bytte til billigste alternativ. Dersom kundene fremdeles kan kreve et bestemt merke som må kjøpes gjennom en av grossistene, kan dette fort bli et tapsprosjekt for apoteket, fordi innprisen til apotek ikke vil være regulert.

4 Metoder for administrativ fastsetting av maksimalpris

Modell A

vil sette maksimalpris for hvert varenummer. En utfordring blir å sette maksimalpris for legemidler der det ikke finnes internasjonale priser, for eksempel egne generiske merkenavn for apotekkjedene i Norge. I en slik situasjon vil frie apotek selge generiske legemidler fra andre leverandører enn kjedene, og et krav fra kundene om bestemte merkevarer kan ikke lenger oppfylles. Kundenes og legenes rett til å motsette seg bytte kan i en slik situasjon ikke lenger opprettholdes. Modell A vil med andre ord forutsette ren generisk forskrivning.

Modell B

fastsetter maksimalpris for et virkestoff basert på vektete volum- og prisopplysninger fra andre land. Modellen medfører ikke potensielle problemer med eierskap, men kan medføre at originalprodusenten trekker seg fra markedet.

5 Konkurransestimulering under maksimalprishnivå

Indeksprissystemet

Vi viser til tidligere kommentarer under pkt. III, 2.

Gevinstdelingsmodellen

Det nye forslaget forutsetter en fastsetting av maksimal GIP kombinert med gevinstdeling. Forslaget innebærer videre at staten fastsetter en maksimal avanse i distribusjonsleddet, samlet for grossist og apotek, med utgangspunkt i fastsatt GIP. Denne metoden vil sannsynligvis komme best ut med en prismodell i kategori B.

En modell med felles avanse (uten intern regulering) for grossist og apotek er ikke mulig å gjennomføre for frie apotek. De frie apotekenes innkjøpspris (AIP) vil øke mot apotekenes utsalgspris (AUP). Forhold knyttet til oppdatering av varer og priser vil administrativt og teknisk ikke kunne la seg gjennomføre, gitt dagens organisasjoner som håndterer dette. Besparelsene for kundene og staten vil bli vanskelige å forutsi.

Anbudsmodellen

Anbudsmodellen vil være vanskelig å håndtere i et åpent marked hvor legene og pasientene til en viss grad har et valg. Det vil for øvrig kunne bli vanskelig å opprettholde kontinuitet og sikkerhet i legemiddelforsyningen.

Tilskuddsprismodellen

Tilskuddsprismodellen forutsetter fastsettelse av maksimalpris (AUP) og tilskuddspris. Vi forutsetter at modellen fastlegger en minimums avanse for apotek. Denne må være slik at de frie apotekene kan leve av den. Tilskuddsmodellen antas å komme best ut med modell A, som er maksimalpris for hvert enkelt varenummer. Dette vil være den modellen som er mest forutsigbar, også på lengre sikt. Modellen er transparent og vil gi staten den nødvendige sikkerhet for at planlagt innsparing kan oppnås.

Frie apotek vil med denne modellen få motiv til å forhandle innkjøpspris for generiske legemidler hos leverandørene. Frie apotek vil bare handle sine generiske legemidler hos dagens grossister dersom de er konkurransedyktige på pris.

Viktige fordeler med Tilskuddsmodellen:

Tilskuddsmodellen tilfører markedet to meget viktige elementer med prissenkende virkning, dokumentert i vårt nærmeste naboland Danmark:

Privatøkonomiske incentiver til å velge billigere likeverdige legemidler.

Etter noen års erfaring med generisk bytte av likeverdige legemidler er de fleste apoteks erfaring at de aller fleste kunder ikke finner noe å utsette på behandling med billigere alternativer. Bytte oppleves som ukontroversielt, og det finnes oss bekjent knapt noen dokumenterte tilfeller av bivirkninger som skyldes generisk bytte.

Gjennom riktig fastsettelse av tilskuddsprisen vil de fleste kunder også innse det rasjonelle i å velge kostnadseffektive alternativer, hvilket representerer en situasjon hvor både kunde og RTV vinner.

Mulighet for å fremføre rabatter til RTV og kunden

Som det påpekes av Helsedepartementet har produsenter av billigere likeverdige legemidler som ønsker å konkurrere på pris i dag liten mulighet til å påvirke faktisk utsalgspris fra

apotek. Årsaken er som kjent at de vertikaltintegrerte apotekkjedene har anledning til å ta ut rabattene på et tidligere trinn og å benytte såkalt maksimalpris. Så langt er det bare de frie apotekene som har ført slike rabatter frem til kundene og RTV.

Ved å velge Trappetrinnsmodellen gir man apotekkjedene mulighet til å "prise bort" billige generikaprodusenter. Ved å velge Tilskuddsmodellen vil den laveste mulige prisen til enhver tid være synlig og tilgjengelig for sluttkjøperne - RTV og kundene.

Til forskjell fra Trappetrinnsmodellen er Tilskuddsmodellen en modell begge apotektyper - frie og utenlandskeide kan leve med.

Trappetrinnsmodellen

Trappetrinnsmodellen passer de tre utenlandske, vertikaltintegrerte apotekkjedene, fordi den vil gi dem en sterk kontroll over markedet, sterkere enn hva de har i dag.

Med en slik modell kan apotekkjedene bestemme de frie apotekenes innkjøpspriser på legemidlene. Kjedene kan selv uforstyrret avgjøre hva slags konkurranse de skal ha - eller om de skal ha konkurranse i det hele tatt.

Trappetrinnsmodellen vil således fremme utviklingen mot et perfekt oligopol.

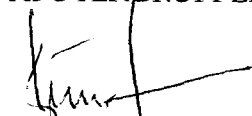
Trappetrinnsmodellen vil ikke gi sluttkjøperne (RTV og kundene) del i de rabatter som noen leverandører vil være villige til å gi for å komme inn på markedet.

IV - TILRÅDNINGER

I en samlet vurdering av prisregulering for generiske legemidler vil vi tilrå at den foreslåtte Tilskuddsmodellen benyttes. Dette vil være den modellen som er mest forutsigbar, også på lengre sikt. Modellen er transparent og vil gi staten den nødvendige sikkerhet for planlagt innsparing kan oppnås.

Frie apotek erfarer at konkurransen i grossistledet virker minimal, og at priser på reseptpliktig medisin tenderer mot maksimal tillatt pris (AIP). En ny prismodell må sikre en minimumsavanse for frie apotek, slik at det kan oppnås konkurranselighet i apotekmarkedet.

Med vennlig hilsen
APOTEKGRUPPEN



Kjetil Sandvik
Styreleder