



Statens legemiddelverk
Sven Oftedals vei 8
0950 OSLO

Deres ref:

Vår ref.:
06/241-1 JA/raa

Dato:
11.10.2006

Apotekenes maksimale avanser på reseptpliktige legemidler

1 Oppsummering

Maksimalavansene på reseptpliktige legemidler må som et minimum være tilstrekkelig til å dekke de kostnader som lover og regler på området påfører apotekene, samt en rimelig avkastning/lønnsomhet. Dagens maksimalavanser tilfredsstillers ikke dette.

I lys av dette har Apotekforeningen merket seg at Helse- og omsorgsdepartementet i inneværende års tildelingsbrev til Legemiddelverket har bedt om en totalvurdering av apotekenes rammevilkår. Legemiddelverket ble bedt om å ta særlig hensyn til følgende tre forhold i sin gjennomgang av apotekenes maksimalavanser:

1. Den underliggende veksten i legemiddelmarkedet,
2. Myndighetsinitierte endringer i rammevilkår, og
3. Frittstående apoteks stilling

Ad 1) Den underliggende veksten i legemiddelmarkedet

I St.meld. nr. 18 (2004 – 2005) uttalte departementet følgende:

”Utviklingen i legemiddelmarkedet kan gi grunnlag for fremtidige endringer både med hensyn til innretningen av selve avansestrukturen og nivået på den samlede avansen. Legemiddelmarkedet vokser erfaringsmessig med 8-12 prosent årlig.”

Videre heter det i samme kapittel:

”Store deler av avansen er prosentbasert, og markedsutviklingen leder derfor til en økt bruttofortjeneste i næringen. En slik utvikling vil kunne danne grunnlag for fremtidige endringer i avansen, fordi bruttofortjenesten i næringen øker uten at kostnadene øker tilvarende. Denne økningen i fortjenesten skyldes økte utbetalinger fra kundene (folketrygden, institusjoner og pasienter), og ikke effektiviseringer i apotek.”

Departementet foreslår i St.prp. nr. 1 (2006 – 2007) et kutt i apotekenes rammevilkår på mer enn 240 mill kroner inklusive mva gjennom forslaget om endringer i trinnprissystemet for generiske legemidler, og varsler ytterligere tiltak på området i 2008. Sammen med øvrige tiltak på blåreseptområdet, ventes trygdens utgifter å reduseres med 325 mill kroner i 2005. I tillegg kommer redusert egenbetaling på 50 mill kroner. Neste års budsjetttiltak vil således redusere apotekenes bruttoomsättning med 375 mill kroner.

Markedsveksten har uteblitt for private apotek de senere årene, mens antallet resepthåndteringer har økt. Private apotek har således erfart en negativ realvekst i markedet. Departementets egen logikk i St.meld. nr 18 (2004 – 2005) trekker dermed i retning av at maksimalavansene bør økes.

Ad 2) Myndighetsinitierte endringer i rammevilkår

I høringsnotat om prising av generiske legemidler av 11. august 2006 sa departementet følgende om apotekavansene:

”Departementet er imidlertid av den oppfatning at avansen bør framstå som rimelig både for generiske legemidler og patenterte legemidler, isolert sett.”

Eksisterende maksimalavanser og rammevilkår for øvrig, kombinert med forslaget i St.prp. nr. 1 (2006 – 2007) vil gi en lønnsomhet for apotek og grossister på salg av reseptpliktige legemidler som er omtrent lik null, slik at så å si hele overskuddet genereres av ikke-maksimalavanseregulert salg. Departementets logikk i høringsnotat av 11. august 2006 trekker således i retning av at maksimalavansene bør økes.

Ad 3) Frittstående apoteks stilling

Både rammevilkårskuttet gjennom trinnprisendringene og den manglende veksten i legemiddelmarkedet for private apotek vil ramme frittstående apotek minst like hardt som andre privateide apotek. Rammevilkårene for frittstående apotek vil derfor bli svakere i 2007 enn i 2006.

2. Innledning

I legemiddelmeldingen, jf. Stortingsmelding nr. 18 (2004 – 2005), varslet Helse- og omsorgsdepartementet om at det minst hvert fjerde år vil bli foretatt en overordnet vurdering av maksimalavansenes nivå og struktur, og at første gjennomgang skal finne sted innen 2008. I den forbindelse har Helse- og omsorgsdepartementet gitt Legemiddelverket i oppdrag å vurdere maksimalavansene innen 1. november 2006, jf. Legemiddelverkets tildelingsbrev av 3. februar i år, der det under 2.1.11 *Apotekavansen* heter:

(1) ”Legemiddelverket skal vurdere om det er grunnlag for å endre apotekavansen. En totalvurdering av apotekenes og apotekkjedenes rammevilkår vil måtte ligge til grunn for en eventuell endring. Legemiddelverket skal i sin vurdering særlig legge vekt på den underliggende veksten i legemiddelmarkedet, myndighetsinitierte endringer av rammevilkår og selvstendige apoteks stilling. Dette arbeidet inkluderer også en evt endring i avansesatsenes struktur (kronetillegg i forhold til de prosentvise tilleggene). Departementet skal delta i dette arbeidet. Frist for ferdigstillelse av arbeidet er 1. november 2006.”

I dette brev vil Apotekforeningen peke på forhold som vi mener Legemiddelverket må vurdere i sin tilbakemelding til departementet. Brevet vil i det videre følge denne disposisjonen:

3. Politiske mål og føringer
4. Hva skal apotekavansen dekke?
5. Faktagrunnlag
6. Apotekavanse i Norge, Sverige og Danmark
7. Avslutning

3. Politiske mål og føringer

Stortingsmelding nr. 18 (2004 – 2005) *Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk* og Stortingets behandling av denne sammen med de årlige budsjettproposisjoner anser vi å være den overordnede rammen som Legemiddelverket skal innrette forvaltningen av apotek etter, i tillegg til de mål og føringer som er gitt i lov- og regelverk.

Hovedmålsettingene med legemiddelpolitikken er i meldingens kap 3.1 formulert slik:

- (2) ”Riktig legemiddelbruk er derfor departementets overordnede målsetting med legemiddelpolitikken.”

Om avansereguleringen skriver meldingen blant annet følgende:

- (3) ”Målsettingen med avanseregulering er å oppnå et nivå og en struktur for avansen som bidrar til at myndighetene ikke betaler for mye for legemiddeldistribusjonen i Norge. Avansereguleringen må balanseres opp mot hensynet til å gi apotekene tilstrekkelige og forutsigbare økonomiske rammevilkår for å utføre sine samfunnsplågte oppgaver.”

Legemiddelmeldingen redegjør også for at det er grenser for i hvor stor grad myndighetene kan benytte apotekenes økonomiske resultater totalt sett som grunnlag for å vurdere nivået og innretningen på maksimalavansene, jf. legemiddelmeldingen kap. 12.4.1 der det heter (vår utheving):

- (4) ”Flere forhold legger føringer for hvilke ambisjoner myndighetene kan ha knyttet til bruk av avansereguleringen som styringsverktøy. For det første regulerer myndighetene priser og avansesatser bare på reseptpliktige legemidler. Om lag en fjerdedel av apotekenes omsetning er salg av reseptfrie legemidler og varer som ikke er legemidler. Apotekene fastsetter selv sine priser og avanser på disse produktene, og marginene er her gjennomgående høye sammenlignet med marginene på reseptpliktige legemidler. *Myndighetene har derfor ikke anledning til å styre apotekenes rammebetingelser fullt ut gjennom avansefastsetting.*”

Apotekforeningen legger til grunn at Legemiddelverket i sin avansegjennomgang kun fokuserer på de avansene som myndighetene faktisk regulerer. Omsetning av reseptfrie legemidler og handelsvarer er ikke maksimalavanseregulert (med unntak av medisinsk utstyr og sykepleieartikler), og bør således ikke tillegges vekt i Legemiddelverkets utredning. I den grad Legemiddelverket likevel benytter inntjening på konkurranseutsatte, ikke-avanseregulerte produkter som argument for å kutte i maksimalavansene på reseptpliktige legemidler, forventer vi en nærmere redegjørelse for forholdet mellom et slikt avansekkutt og sitatene (2), (3) og (4) over. Videre legger vi til grunn at vurderingene som ligger til grunn for konklusjonen Legemiddelverket trekker, vil være i samsvar med åpenhetskravet som departementet stilte i Legemiddelmeldingen kap 14.4.4, der det heter:

- (5) ”Departementet mener at det må være åpenhet med hensyn til hvilke kriterier som legges til grunn når avansesatsene endres.”

Legemiddelmeldingen vier frittstående apotek oppmerksomhet, jf. kap 12.3.2, der følgende står å lese:

(6) "Etter departementets vurdering må imidlertid rammebetingelsene innrettes på en måte som gjør det mulig å drive apotekvirksomhet uten tilknytning til de tre kjedene."

Departementet følger opp meldingen på dette punktet gjennom å be Legemiddelverket ha forholdet til slike apotek som særlig vurderingstema ved den avansgjennomgangen som nå foretas, jf. (1).

Departementet la nok en politisk føring gjennom utsagn i høringsnotat om prising av generiske legemidler av 11. august 2006, idet følgende står å lese under høringsnotatets kap 6.1:

(7) "Departementet er imidlertid av den oppfatning at avansen bør framstå som rimelig både for generiske legemidler og patenterte legemidler, isolert sett."

I lys av dette forventer vi at Legemiddelverket i sin oversendelse til departementet redegjør for de momenter som har vært vurdert, samt vektleggingen av momentene. Hvis Legemiddelverket mener å finne grunnlag for å avvike fra etablerte politiske mål og føringer i avansesammenheng eller i noen annen sammenheng, forventer vi at Legemiddelverket i sin redegjørelse gjør oppmerksom på dette.

4. Hva skal apotekavansen dekke?

4.1 Ulike oppgavetyper i apotek

Ved vurdering av hva apotekavansen skal dekke, kan det være hensiktsmessig å gruppere inn apotekenes aktiviteter under tre hovedoverskrifter:

- a) Krav gitt i regelverk
- b) Forvaltningsoppgaver
- c) Andre faglige serviceoppgaver

Regelverket under a) omfatter blant annet

- apotekloven
- helsepersonelloven
- legemiddeloven
- legemiddelforskriften
- rekvirerings- og utleveringsforskriften
- apotekforskriften
- forskrift om medisinsk utstyr
- forskrift om tilvirkning av legemidler i apotek
- blåreseptforskriften

I tillegg kommer et meget stort antall detaljerte rundskriv. Dette genererer kostnader knyttet til bemanningskrav, leveringsplikt, lagerhold, lokaler, rådgivning til kundene, internkontroll, etc. Listen er ikke uttømmende, men illustrerer at lover og regelverk avstedkommer kostnader som ikke nødvendigvis kan knyttes til en inntektsgivende aktivitet. Av helsepolitisk størst betydning¹

¹ Jf. legemiddelmeldingens kostnadsanslag på 5 milliarder kroner i året knyttet til feilbruk av legemidler.

er informasjonen til kunden i henhold til apotekloven, som innebærer at apotekene skal påse at kunden har forstått hvordan legemidlet skal brukes. Se vedlegget inntatt bakerst i dette brevet som illustrerer kostnader knyttet til salg av reseptpliktig legemiddel.

Maksimalavansene på reseptpliktige legemidler må som et minimum være tilstrekkelig til å dekke de kostnader som lover og regler på området påfører apotekene, samt en rimelig avkastning/lønnsomhet. Det er således opplagt at maksimalavansene må dekke aktiviteter som faller inn under a).

Blant forvaltningsoppgaver som apotekene gjør er:

- refusjonsoppgjør og kreditt til trygden/helseforetakene, bl.a. iht. kostnadsdrivende krav i statens økonomireglement
- egenandelskontroll
- håndtere særskilte myndighetsvedtak, som for eksempel gråsonerordningen, overgangsordninger ved endringer i refusjonsvilkår etc.
- Schengen-attester
- narkotikaregnskap

En fellesnevner for disse oppgavene er at det er oppgaver staten vil ha utført, og som alternativt til privat oppgaveløsning måtte vært utført av staten selv. Dette tilsier at apotekene må få minst kostnadsdekning også for disse oppgavene. Også dette finner man støtte for i legemiddelmeldingen, der det under omtalen av kriterier for fastsettelse av maksimalavanser i kap 12.4.4 heter:

(8) "Andre forhold som vil kunne ha betydning for avansens størrelse, er oppgaver og forpliktelser som næringen har overfor samfunnet"

A-/B-tillegget i dagens maksimalavansestructur må forutsettes å skulle kompensere apotekene blant annet for kostnader knyttet til narkotikaregnskapsføringen. Vi vil i den forbindelse bemerke at A-/B-tillegget har stått stille siden 1995. En justering i henhold til konsumprisindeksen frem til august 2006 ville ha økt A-/B-tillegget til 12,60 kroner.

Eksempel på serviceoppgaver som apotek utfører er

- terapeutisk bytte etter konsultasjon med lege
- LAR, røykesluttkurs og andre tjenester
- informasjon når firmaer trekker eller ikke kan levere produkter
- informasjon om refusjonsregelverk til publikum
- konsultasjon med lege om feil på resepten
- bivirkningsrapportering

En fellesnevner for de faglige serviceoppgavene er at de representerer et tilbud som ikke nødvendigvis er nedfelt i regelverk. Oppgavene representerer likevel i hovedsak tilbud som kunder/pasienter og myndigheter forventer at apotekene utfører. Hovedtyngden av oppgavene har ingen annen finansiering enn den regulerte apotekavansen på reseptpliktige legemidler, og må derfor finansieres gjennom denne. Samtidig innebærer oppgavene at samfunnet sparer kostnader, som for eksempel når apoteket konsulterer legen i stedet for å sende kunden tilbake til legen for å få rettet resepten.

Blant serviceoppgavene som maksimalavansen ikke er ment å dekke, og som derfor krever særskilt tilleggsfinansiering, er visse av oppgavene knyttet til LAR-pasienter. Legemiddelverket skriver i sitt brev til departementet av 15. september i år følgende:

(9) "For noen av oppgavene som apotek har i forbindelse med utlevering av LAR-legemidler er det vanskelig å vurdere om de ligger innenfor eller utenfor det som forventes ved reseptekspedisjon i apotek. Det er imidlertid ikke tvil om at flere av LAR-veilederen (IS-1255) skisserte apotekoppgaver befinner seg klart utenfor hva som kan forventes ved ordinær reseptekspedisjon. Deltakelse på oppstartsmøte og overvåking av legemiddelinntak er de klareste eksemplene på dette.

Konklusjon: Det foreligger grunnlag for godtgjøring knyttet til spesifikke deler av utleveringstjenesten."

I samme brev heter det videre at:

(10) "Når det gjelder apotekets deltakelse i oppfølgingsmøter knyttet til LAR-brukere (ikke knyttet til oppstartsfasen) er Legemiddelverket av den oppfatning at apotek har grunnlag for å kreve godtgjørelse for tiden som brukes til møtet"

4.2 Forholdet mellom grensekostnader og gjennomsnittskostnader

Kostnader må deles inn i to kategorier: Grensekostnader og gjennomsnittskostnader. Etersom apotekene har faste kostnader som er uavhengig av inntektsgivende aktivitet (strøm, renhold etc.), vil en maksimalavanse som kun dekker grensekostnaden ved inntektsgivende aktivitet ikke gi kostnadsdekning. Vi minner i den forbindelse om at Helse- og omsorgsdepartementet i høringsnotatet datert 11. august i år om prising av generiske legemidler skriver følgende:

(7) "Departementet er imidlertid av den oppfatning at avansen bør fremstå som rimelig både for generiske legemidler og patenterte legemidler, isolert sett."

Dette tolker vi i retning av at departementet mener at man må ha en avansestruktur som også bidrar til å finansiere apotekenes faste kostnader.

Det er ikke åpenbart på hvilken måte faste kostnader skal fordeles på de inntektsgivende aktivitetene. Én mulig tilnærming kan være å ta utgangspunkt i at det maksimalprisregulerte forhandlingspliktige salget, som utgjør om lag 75 - 80 pst av apotekenes omsetning, skal dekke en tilsvarende høy andel av kostnadene.

5. Faktagrunnlag

Legemiddelmeldingen legger til grunn at legemiddelmarkedet tradisjonelt vokser med 8 – 12 pst årlig, jf. kap 12.4.4, der følgende står å lese:

(11) "Utviklingen i legemiddelmarkedet kan gi grunnlag for fremtidige endringer både med hensyn til innretningen av selve avansestrukturen og nivået på den samlede avansen. Legemiddelmarkedet vokser erfaringsmessig med 8-12 prosent årlig."

Videre heter det i samme kapittel:

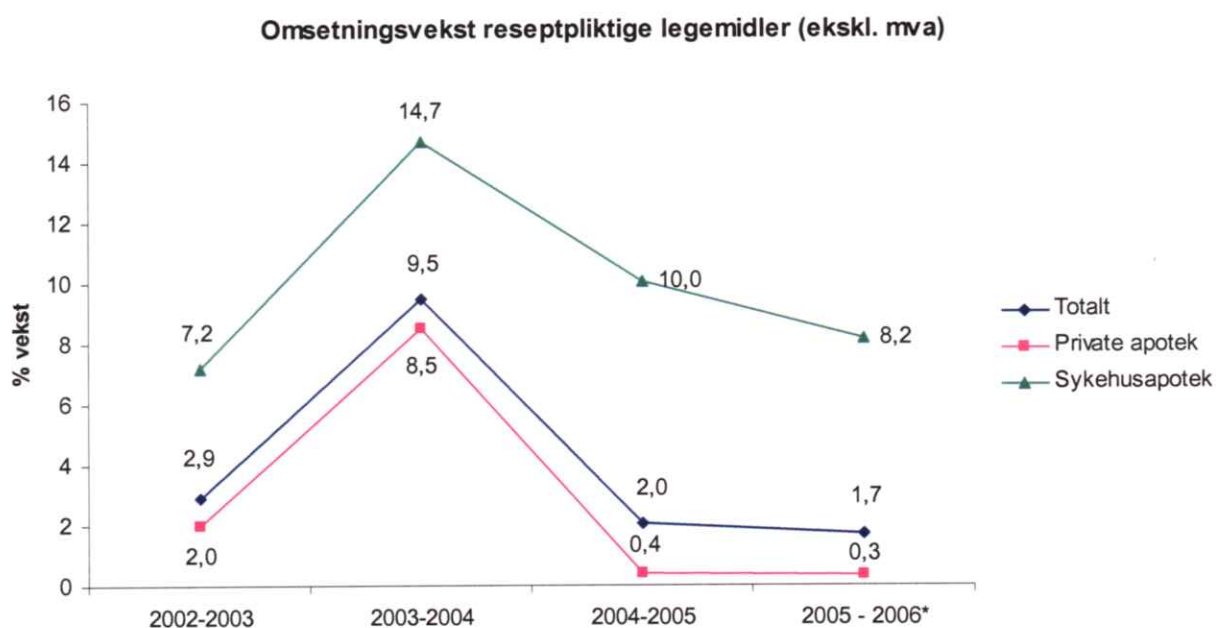
(12) "Store deler av avansen er prosentbasert, og markedsutviklingen leder derfor til en økt bruttofortjeneste i næringen. En slik utvikling vil kunne danne grunnlag for fremtidige endringer i avansen, fordi bruttofortjenesten i næringen øker uten at kostnadene øker tilsvarende. Denne økningen i fortjenesten skyldes økte utbetalinger fra kundene (folketrygden, institusjoner og pasienter), og ikke effektiviseringer i apotek."

En logisk konsekvens av resonnetet i legemiddelmeldingen er at en utvikling der veksten i legemiddelmarkedet er svakere enn kostnadsveksten, bør trekke i retning av økte maksimalavanser. Selv om det kan være fristende å se hen til apotekenes samlede resultater – inklusive ikke-avanseregulert aktivitet, er det begrensninger på i hvilken grad man kan tillegge dette vekt. Vi minner igjen om legemiddelmeldingen kap 12.4.1, der det heter (vår utheving):

(4) ”Flere forhold legger føringer for hvilke ambisjoner myndighetene kan ha knyttet til bruk av avansereguleringen som styringsverktøy. For det første regulerer myndighetene priser og avansesatser bare på reseptpliktige legemidler. Om lag en fjerdedel av apotekenes omsetning er salg av reseptfrie legemidler og varer som ikke er legemidler. Apotekene fastsetter selv sine priser og avanser på disse produktene, og marginene er her gjennomgående høye sammenlignet med marginene på reseptpliktige legemidler. *Myndighetene har derfor ikke anledning til å styre apotekenes rammebetingelser fullt ut gjennom avansefastsetting.*”

Omsetningsutviklingen har gått i motsatt retning enn det som var forutsatt i legemiddelmeldingen. Markedsveksten har uteblitt.

Figur 1



* siste 12 mnd vs forrige 12 mnd

Figuren viser at totalveksten i markedet for reseptpliktige legemidler er lavere enn lønnsveksten i samfunnet. Unntak gjelder for perioden 2003 – 2004. Veksten dette året må ses i sammenheng med svak kronekurs, hvilket gjennom de årlige maksimalprisrevisjonene ga unormalt høy vekst det året. Veksten er oppgitt i nominelle kroner; legges det inn prisjustering, har veksten i private apotek vært negativ de siste to årene.

Figuren viser også at private apotek i liten grad har fått ta del i den veksten som har vært. Dette setter vi i sammenheng med at det i de senere år har kommet få nye, store legemidler inn i blåreseptordningen samtidig som det har vært iverksatt en rekke tiltak for å dempe veksten i

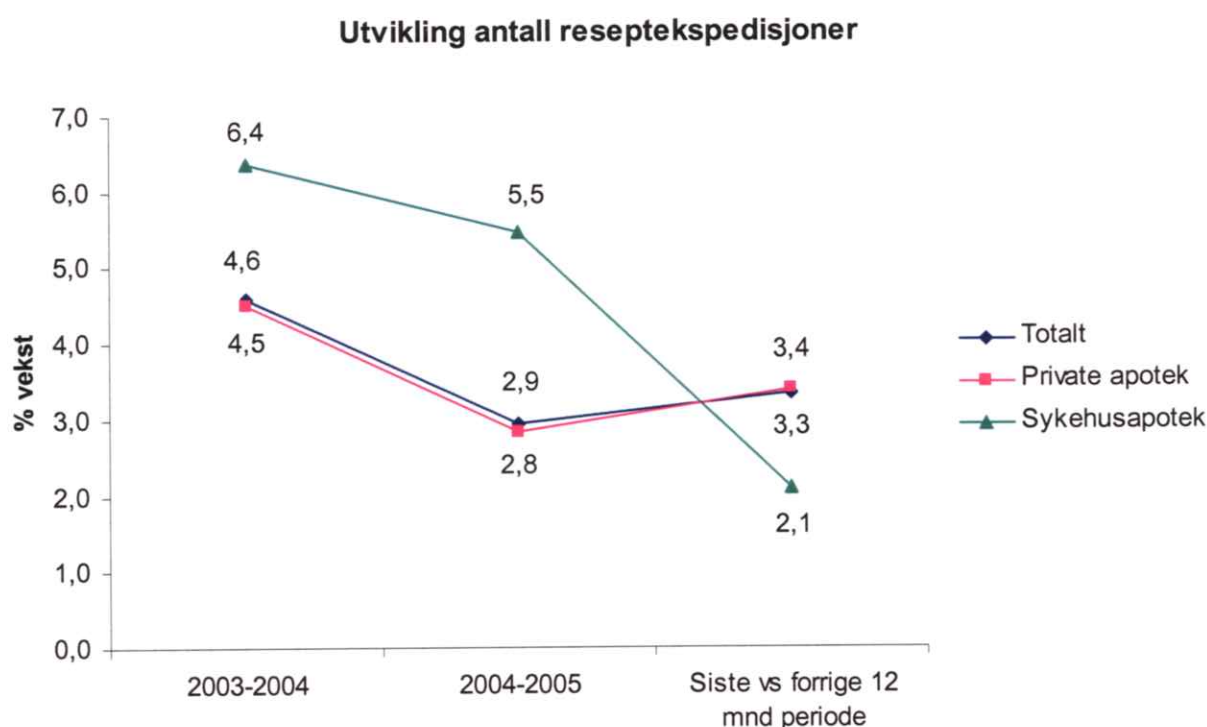
folketrygdens utgifter. Veksten for sykehusapotekene setter vi i sammenheng med at man på sykehussiden har fått mange nye og dyre legemidler å velge mellom de senere årene.

I St.prp. nr. 1 (2006 – 2007) slår også departementet fast på side 227 at veksten de senere årene har vært svakere enn normalt:

(13) ”Folketrygdens utgifter til legemidler på blå resept har tradisjonelt økt sterkt, men veksten har de siste årene avtatt noe. Dette faller sammen med at det er gjennomført en rekke tiltak for å dempe utgiftsveksten, samt at flere viktige legemidler har mistet sin patentbeskyttelse.”

For private apotek har antallet reseptekspedisjoner utviklet seg i motsatt retning av omsetningsverdien, jf figur 2.

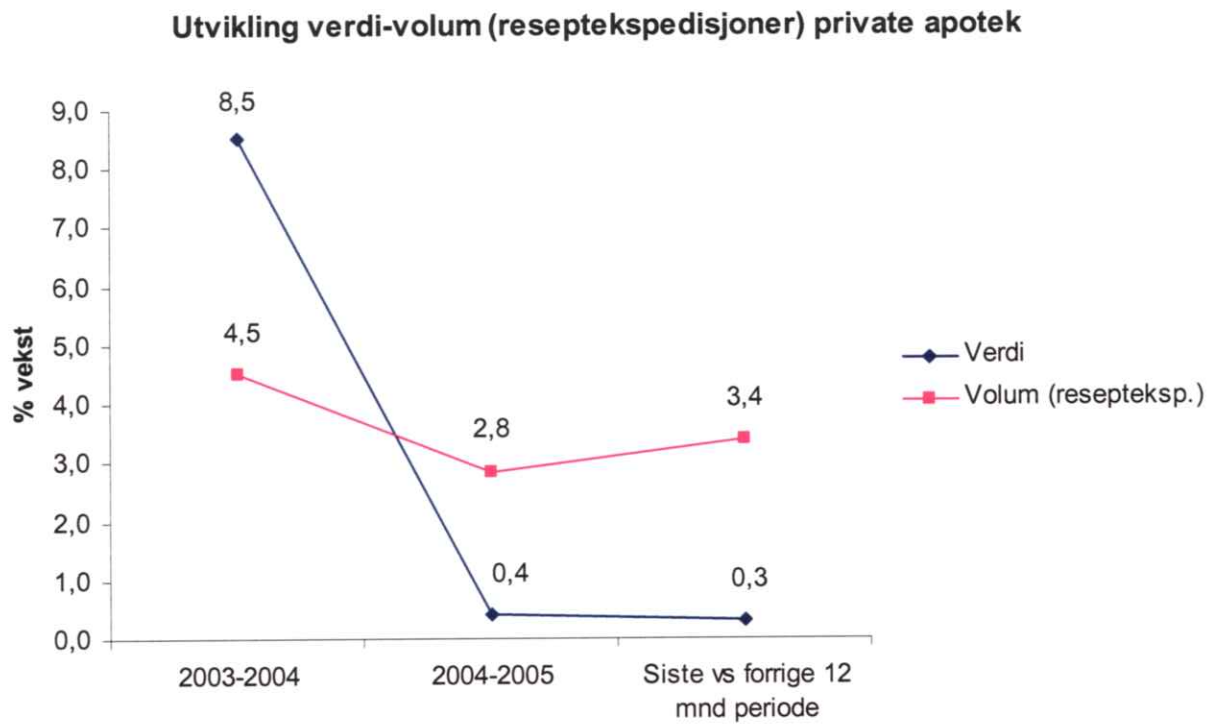
Figur 2



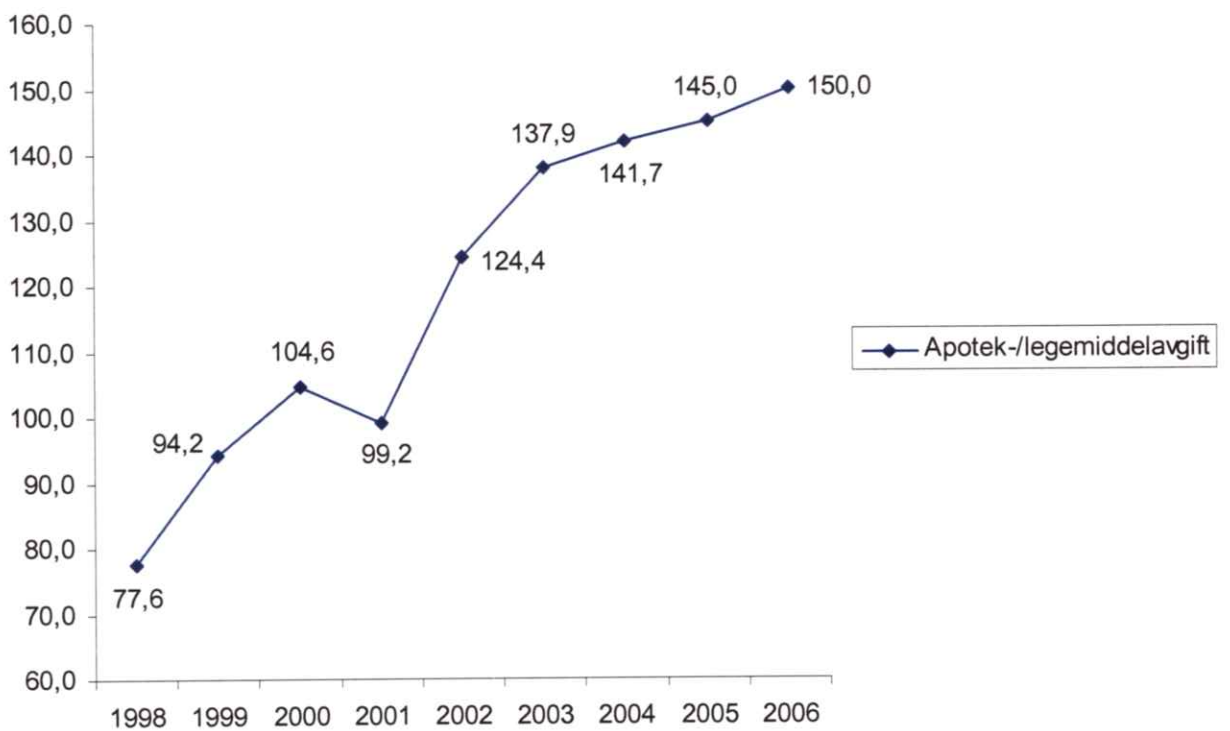
Figurene 1 og 2 viser at veksten i antall reseptekspedisjoner i private apotek er sterkere enn veksten i den tilhørende omsetningsverdien. Når næringen likevel har fremvist bedre lønnsomhet de siste årene, må dette ses i sammenheng med kostnadskutt, økt fokus på salg av handelsvarer og at trinnprissystemet har gitt apotekene mulighet til bedre marginer på denne delen av markedet. I ”Rundskriv 01/06 - Statistikk 2005 - landets private apotek” peker Legemiddelverket på at lønnsomhetsforbedringen blant annet kommer som en følge av bedret bruttofortjenestemargin, synergieffekter av vertikal integrasjon og effektivisering av driften. Videre peker Legemiddelverket på at økningen i bruttofortjenesten har sammenheng med bedre innkjøpsbetingelser, særlig på ikke-patenterte legemidler, økt generisk bytte, prissetting på reseptfrie medisiner og handelsvarer, samt økt salg av handelsvarer med høy bruttofortjeneste.

Ulikheten i utviklingen i antall reseptekspedisjoner med tilhørende salgsinntekter for sykehusapotek og private apotek fremgår av figurene 3 og 4:

Figur 3



Figur 4

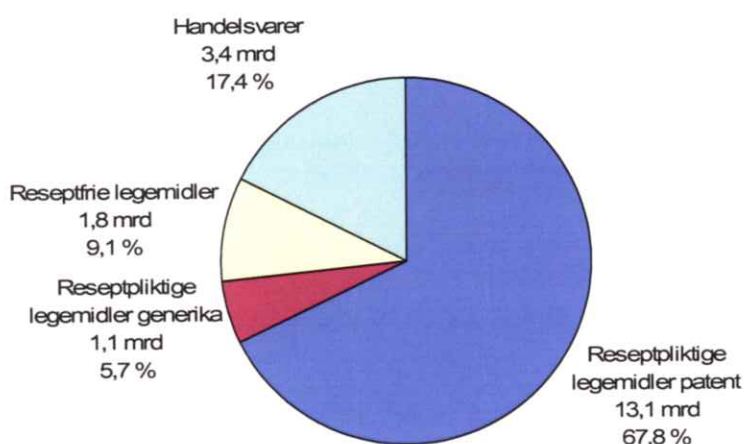


I tillegg til at de private apotekene har hatt en ugunstig utvikling i antallet reseptekspedisjoner og tilhørende salgsinntekter, har apotekenes avgiftsforpliktelser økt. Legemiddelavgiften har steget jevnt og trutt, jf figur 4.

Til tross for at de fleste kurver går i gal retning, tjener apotekene penger. Dette må ses i sammenheng med at en mindre del av apotekenes omsetning ikke er maksimalavanseregulert, jf også Legemiddelverkets egen forklaring i "Rundskriv 01/06 - Statistikk 2005 - landets private apotek".

Apotekenes samlede omsetning kan dekomponeres som følger:

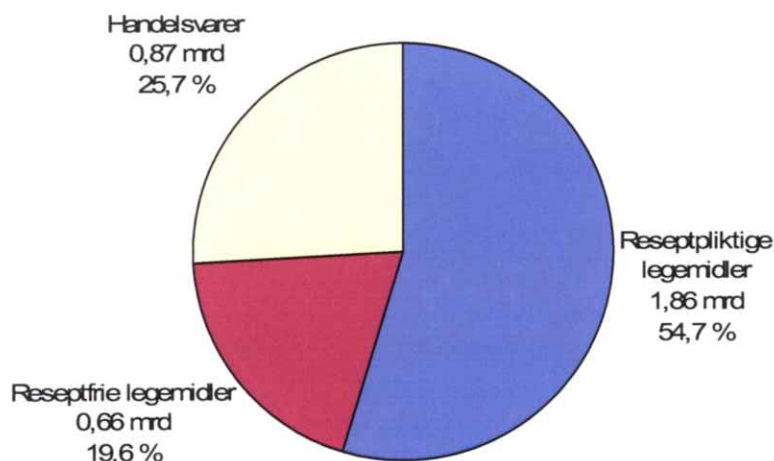
Figur 5



I figur 5 har vi benyttet samme definisjon av generika som departementet gjorde i sitt høringsnotat av 11. august i år. Figuren viser at reseptpliktige legemidler står for 73,5 pst av omsetningen i apotek.

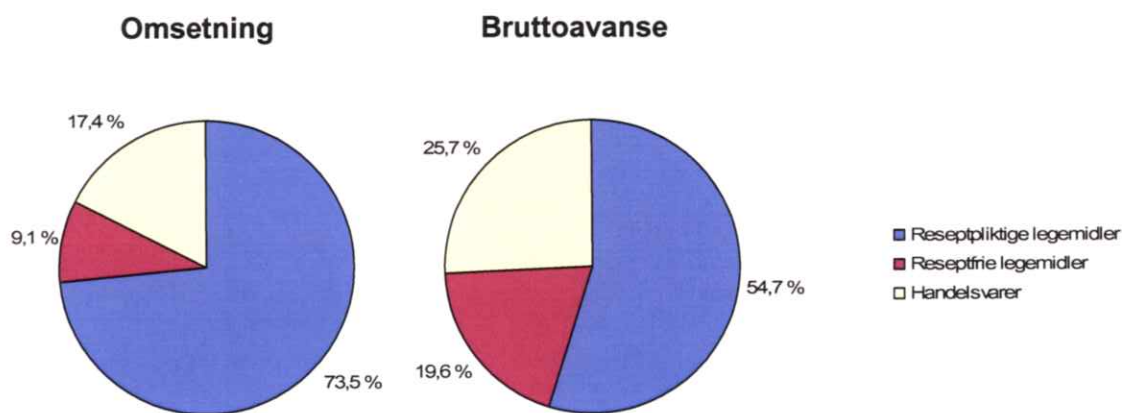
Dekomponerer man ytterligere, finner man at reseptpliktige legemidler bidrar relativt mindre til bruttoavansen i apotek, jf figur 7 nedenfor:

Figur 6



Slår man sammen patent- og trinnprislegemidler i figur 6, og plasserer figur 5 og 6 ved siden av hverandre, blir misforholdet mellom omsetning og inntjeningsbidrag tydeligere:

Figur 7



Vi er kjent med at Legemiddelverket mener at man ikke kan vurdere inntjeningen i apotek uten også å ta hensyn til grossistenes inntjening. Vi vil i den forbindelse minne om legemiddelmeldingen kap 12.3.2, der følgende står å lese:

(6) ”Etter departementets vurdering må imidlertid rammebetingelsene innrettes på en måte som gjør det mulig å drive apotekvirksomhet uten tilknytning til de tre kjedene.”

Vi minner også om føringene departementet la i tildelingsbrevet til Legemiddelverket for 2006 (vår utheving):

(14) ”Legemiddelverket skal i sin vurdering særlig legge vekt på den underliggende veksten i legemiddelmarkedet, myndighetsinitierte endringer av rammevilkår og *selvstendige apoteks stilling*.”

Hvis man likevel forsøker å bryte apotek og grossisters regnskaper ned på produktområder, kan man sette opp følgende tabell:

Tabell 1:

<i>Varetype</i>	<i>Omsetning 2005 ekskl. mva (mill kr)</i>	<i>Samlet margin, grossist + apotek</i>	<i>Driftskostnader</i>	<i>Resultatmargin</i>	<i>Resultatbidrag (mill kr og pst)</i>
Reseptfrie legemidler	1 412	60 pst	50 pst	10 pst	141 (21,9 pst)
Handelsvarer	2 763	50 pst	40 pst	10 pst	276 (42,9 pst)
Reseptpliktige legemidler	11 365	23 pst	21 pst	2 pst	227 (35,2 pst)
SUM					
årsresultat alle apotek og grossister	15 540				644 (100 pst)

Vi vil understreke at marginer og driftskostnader i tabellen over er anslag og således beheftet med usikkerhet. Vi vil imidlertid peke på at de innbyrdes forskjellene i margin- og kostnadsanslagene samsvarer med den man må forvente. Likeledes er sluttsummen i rimelig samsvar med Legemiddelverkets eget anslag i ”Rundskriv 01/06 - Statistikk 2005 - landets private apotek”. Dette taler for at tabellen gir en rimelig pekepinn på de ulike produktgruppers bidrag til apotek- og grossisters lønnsomhet.

Slik vi ser det, er det ikke grunnlag for å redusere apotekavansene; tvert i mot er resultatmarginen for reseptpliktige legemidler totalt svært lav allerede *før* det tas hensyn til de varslede kuttene i trinnprisene for legemidler med generisk konkurranse. Derimot ser vi et grunnlag for å justere balansen mellom inntjeningen på patenterte vs ikke-patenterte legemidler. I sin evaluering av trinnprissystemet pekte Legemiddelverket selv på at marginen for apotek og grossist på trinnprisprodukter kan nå opp i flere hundre prosent. Vi vil i den forbindelse peke på at jo billigere et legemiddel er i innkjøp, desto større blir det prosentvise påslaget når disse legemidlene tillegges maksimalavanser i apotek. Kronetillegget alene bidrar til at et legemiddel som koster få kroner i innkjøp, får et prosentvert påslag på flere hundre prosent. En utvikling i retning av mer kronepåslagsbaserte maksimalavanser, slik departementet varslet i legemiddelmeldingen, vil ytterligere øke denne prosenten.

Avansen på hoveddelen av apotekenes omsetning er langt unna de flere hundre prosentene Legemiddelverket valgte å vektlegge. En gjennomsnittlig blåreseptpakning gir apoteket en avanse på kr 41,50. Fratrasket legemiddelavgiften, går kr 37,80 til apoteket. Disse 37,80 kronene skal som et minimum dekke de utgifter apoteket pådrar seg ved å følge regelverket bransjen er pålagt, jf. kap 4. Utgifter knyttet til ekspedering av legemidler er i hovedsakelig tidsbruk. Vi regner at en farmasøyts arbeidskraft (lønn, arbeidsgiveravgift, pensjoner etc.) koster ca 10 kroner pr minutt i gjennomsnitt (faste kostnader + grensekostnader). Kostnadsdekning fordrer således at

man maksimalt bruker 3 minutter og 47 sekunder på å utlevere en gjennomsnittlig blåreseptpakning til kunden. En kostnad på 10 kroner minuttet impliserer en timekostnad på 600 kroner. Dette er nøkternt. Til sammenlikning mottar leger 805 kroner pr time når de gjør tjeneste som sakkyndig for domstoler og politiet². NAVs honorartakster legger til grunn en timesats på 792 kroner³.

Legemidler omfattet av trinnprissystemet er ikke underlagt maksimalavanseregulering. Dermed vil balansen mellom inntjening på patenterte vs ikke-patenterte legemidler kunne bedres gjennom en økning i kronetilleggsdelen av apotekenes maksimalavanser kombinert med et mindre kutt i trinnprisene. Dette kan gjøres uten å øke folketrygdens utgifter. Vi stiller gjerne opp i et møte for å presentere detaljert resonnement understøttet av tall. En slik løsning vil bidra til å ivareta Legemiddelverkets forpliktelse til å ta særlig hensyn til frittstående apoteks stiling, jf oppdraget referert i (1) og (13), gitt i Legemiddelverkets tildelingsbrev. Løsningen bidrar også til å tilfredsstille legemiddelmeldingens føringer knyttet til frittstående apotek, jf. (5).

I sin oppdragsbeskrivelse ba departementet Legemiddelverket legge særskilt vekt på ikke bare frittstående apotek, underliggende vekst i legemiddelverket, men også effekten av myndighetsinitierte endringer, jf (1). Vi vil i den forbindelse trekke opp to forhold av særskilt betydning, lansert i St.prp. nr. 1 (2006 – 2007):

- I. Omlegging av avgiften knyttet til salg av reseptfrie legemidler utenom apotek
- II. Endringer i trinnprissystemet

Ad I: Omlegging av avgiften knyttet til salg av reseptfrie legemidler utenom apotek

I dag må aktører som ønsker å selge reseptfrie legemidler utenom apotek (LUA-aktører) betale en fast søknadsavgift. Dette gjør at det blir lite lønnsomt for aktører med sparsomt kundegrunnlag å søke om tillatelse til å selge legemidler utenom apotek, idet salget ikke er tilstrekkelig til å dekke søknadsavgiften. I St.prp. nr. 1 (2006 – 2007) foreslår departementet å erstatte dagens avgiftsløsning med en flat avgift basert på omsetning, slik at avgiftskravet avhenger av omsetningen. På den måten vil aktører med lav omsetning få en mindre avgiftbelastning, slik at det blir lønnsomt også for disse å tilby reseptfrie legemidler. Vi ser endringsforslaget som et direkte resultat av spørsmål nr. 382, datert 13. januar 2005 fra stortingsrepresentant Olav Gunnar Ballo til finansministeren, der stortingsrepresentanten tar opp problemet med at avgiftssystemet gjør at utsalgssteder med svakt kundegrunnlag kan måtte velge ikke å selge legemidler, og ber statsråden vurdere innført en avgift basert på omsetningsvolum. Spørsmålet ble besvart av helseminister Ansgar Gabrielsen som stilte seg positiv til å vurdere stortingsrepresentantens spørsmål, og vi legger til grunn at det er denne korrespondansen som ligger til grunn for de endringene som nå er foreslått. Slik vi har oppfattet mediebildet, hadde saken sitt opphav i at dagligvarebutikken "Neiden handel" i Sør-Varanger fant det ulønnsomt å tilby reseptfrie legemidler. Vi tolker foreliggende endringsforslag dit hen at tilgang til legemidler tillegges stor politisk vekt. I den forbindelse vil vi gjøre oppmerksom på at svekkelse av apotekenes rammevilkår vil svekke publikums tilgang til legemidler.

² Jf. <http://www.legeforeningen.no/cocoon/legeforeningen/normaltariff.xsp?id=&kap=kap5>.

³ Jf. <http://rundskriv.nav.no/rtv/lpext.dll/vedlegg/v05/v05-p05-04/v05-p05-04-11?f=templates&fn=main-j.htm&2.0>

Gjennom forslaget i St.prp. nr. 1 (2006 -2007) har departementet signalisert at de ønsker at en større andel av omsetningen av reseptfrie legemidler skal foregå utenom apotek. Apotekene vil bli utsatt for økt konkurranse på tilgjengelighet. Det er et område der regelverket *systematisk* svekker apotekenes mulighet til å konkurrere. Vi minner om at apotekene må utlevere alt som etterspørres. LUA-aktører trenger å tilby kun 9 forskjellige pakninger av reseptfrie legemidler, mens apotekenes skal kunne tilby ca 550. Myndighetene pålegger således apotekene større logistikkostnader så vel som økt risiko for tap pga ukurans med tilhørende kassasjon. Videre tilsier myndighetenes krav til kompetanse i apotek ved salg av reseptfrie legemidler, knyttet til informasjonsplikten, at apotekene med nødvendighet vil ha høyere lønnskostnader enn LUA-aktørene, som tvert om har informasjonsforbud ved legemiddelsalg.

Avgiftsforslaget signaliserer at regjeringen mener at tilgjengeligheten til legemidler fortsatt må bedres, til tross for at antall apotek er økt med mer enn 40 pst de siste årene. Vi tolker det i retning av at fortsatt vekst i antall apotek er en politisk forventning. En svekkelse av apotekenes rammevilkår vil bidra negativt til apotekveksten.

Ad II: Endringer i trinnprissystemet

I St.prp. nr. 1 (2006- 2007) foreslår Helse- og omsorgsdepartementet endringer i trinnprissystemet som vil redusere omsetningsverdien av legemidler innenfor trinnprissystemet med 240 mill kroner. Verken proposisjonen eller det forutgående høringsnotatet redegjør for på hvilken måte forslaget påvirker frittstående apotek. Frittstående apoteks stilling skal tillegges vekt i den vurderingen som Legemiddelverket nå er bedt om å foreta.

Vi har i dette brevet vist at veksten i legemiddelmarkedet er vesentlig lavere enn veksten som er forutsatt i legemiddelmeldingen. Avansevurderingen Legemiddelverket nå gjør, er et resultat av politikken som ble varslet i legemiddelmeldingen.

Departementet har i St.prp. nr. 1 (2006 – 2007) bekreftet at veksten er lav, jf (12). Denne veksten skal Legemiddelverket ta særskilt hensyn til i sin vurdering av behovet for justeringer i apotekenes maksimale avanser og strukturen på denne, jf (1).

I tabell 1 har vi vist at legemiddelgrossister og apotek til sammen har en inntjening på reseptpliktige legemidler på under 230 mill kroner. I St.prp. nr. 1 (2006 – 2007) foreslår departementet endringer i trinnprissystemet som vil redusere reseptpliktig omsetning med 240 mill kroner. En premiss for endringen er Legemiddelverkets evaluering av trinnprissystemet⁴, der Legemiddelverket gjør et poeng av at trinnprislegemidler – som kan koste mindre enn 60 kroner inklusive mva. – kan gi en margin for apotek og grossister samlet sett på 200 pst.

Vi har i dette brevet vist at private apotek i sum har en nominell omsetningsvekst på avanseregulerte legemidler som er nærmere 0 pst enn 1 pst, og at den reelle veksten derfor er negativ. Ettersom det blir stadig flere apotek, vil veksten pr apotek bli mindre enn veksten i markedet totalt sett. Vi minner igjen om at Legemiddelverket i sin avansevurdering skal ta særskilt hensyn til frittstående apoteks stilling, jf (1) og (5).

⁴ "Evaluering av trinnprissystemet", Statens legemiddelverk, april 2006

Departementets forslag om endringer i trinnprissystemet kutter apotek og grossisters samlede overskudd med nær 200 mill kroner. Disse tjener i dag ca 230 mill kroner på det området det nå skal kuttes nær 200 mill kroner av. Dette er et moment vi mener Legemiddelverket må vektlegge tungt i sin vurdering av nivå og struktur på apotekenes maksimale avanser.

6. Apotekavanse i Norge, Sverige og Danmark

6.1. Relevansen av avansesammenligninger mellom land

Relevansen av avansesammenlikninger mellom land ble avvist i legemiddelmeldingen kap 12.4.4, der det heter:

(15) "Avansen i apoteknæringen må sees i sammenheng med de nasjonale rammebetingelsene næringen stilles ovenfor, og internasjonale sammenligninger er derfor lite egnet som kriterium for avansereguleringen i Norge."

I høringsnotat om prising av generiske legemidler av 11. august i år ble likevel sammenlikningen med Sverige og Danmark tillagt altoverskyggende vekt, til tross for at man i legemiddelmeldingen avviste relevansen av slik sammenlikning. Høringsnotatet er nå fulgt opp gjennom forslaget i St.prp. nr. 1 (2006 – 2007) om endringer i trinnprissystemet. Vi må derfor legge til grunn at departementet har snudd i sin vurdering av relevans av sammenlikning mellom land, og at legemiddelmeldingens vurdering på dette punktet ikke lengre er gyldig.

6.2 Norge

AIP	Prosenttillegg	Kronetillegg pr. pakning	A/B preparat – kronetillegg pr solgte pakning
0 - 200	8,0 %	21,50 kroner	10,00 kroner
> 200	5,0 %		

Til fratrekk kommer legemiddelavgiften, som pr dato er på 1,3 pst av apotekenes innkjøpspris.

Prosent- og kronetilleggene har stått i ro siden 2001. Tillegget for A-/B-preparat har stått uendret siden 1995. Kronepåslagskomponentene i maksimalavansestructuren utgjør således i reell kroneverdi en stadig lavere andel av apotekenes maksimalavanser. Dette samsvarer dårlig med legemiddelmeldingen, der det i kap 12.4.5 heter:

(16) "Departementet vil vurdere å endre avansesatsenes ulike bestanddeler gradvis, slik at kronetilleggene økes i forhold til de prosentvise tilleggene"

I tillegg er legemiddelavgiften økt kraftig siden 2001.

6.3 Sverige

Apotekenes innkjøpspris (AIP)	Apotekenes utsalgspris (AUP)
< 75,00	AIP x 1,20 + 31,25
< 75,01 – 300,00	AIP x 1,03 + 44,00

> 300,01 - 6000,00	AIP x 1,02 + 47,00
> 6000,01	AIP + 167,00

Svenske apotek betaler i motsetning til norske apotek ingen særskilt legemiddel- eller apotekavgift. De har et avkastningskrav til staten, men det er en følge av at staten eier apotekene, og det stiller seg således ikke annerledes enn de avkastningskrav en hvilken som helst apotekeier har.

6.4 Danmark

AIP-nivå	Prosenttillegg	Kronetillegg	Utskrivningsprosent	Reseptgebyr
AIP≤30 danske kroner	29,3 %	11,82	55,0	7,40
30<AIP=≤60	22,6 %	13,82	55,0	7,40
AIP>60	16 %	17,82	55,0	7,40

Danmark har ikke fri apoteketablering, og har særdeles restriktiv etableringspolitikk. En konsekvens av dette er at gjennomsnittlig omsetning i danske apotek har økt. Regulatorisk likner Danmark forholdene i Norge før ny apoteklov.

Danske apotek forhandler gjennom Danmarks Apotekerforening med danske myndigheter om avanser og etableringspolitikk. Man valgte en meget restriktiv etableringspolitikk, høye avanser på patenterte legemidler, og lave avanser på ikke-patenterte reseptpliktige legemidler.

I likhet med norske apotek betaler også danske apotek særlige avgifter. Avgiftsstrukturen er kompleks, og det meste av avgiftene går tilbake til apoteknæringen. Den delen av avgiften som ikke går tilbake til næringen er på om lag samme nivå som den norske legemiddelavgiften.

6.5 Vurdering av apotekavansene i Danmark, Sverige og Norge

De ulike landenes avanseregler anvendt på et utvalg av innkjøpspriser, gir følgende tabell som viser hvor stor apotekets avanse blir i de ulike landene for gitte innkjøpspriser:

Innkjøpspris	Apotekavanse		
	Norge	Sverige	Danmark
50	25,5	38,4	23,2
100	29,5	43,0	28,3
200	37,5	46,0	37,1
220,8 ⁵	38,5	46,6	38,9
279,1⁶	41,5	48,4	44,0
300	42,5	49,0	45,9
400	47,5	50,7	54,7

⁵ Gjennomsnittlig AIP (apotekenes innkjøpspris) for en reseptpliktig legemiddelpakning i Norge

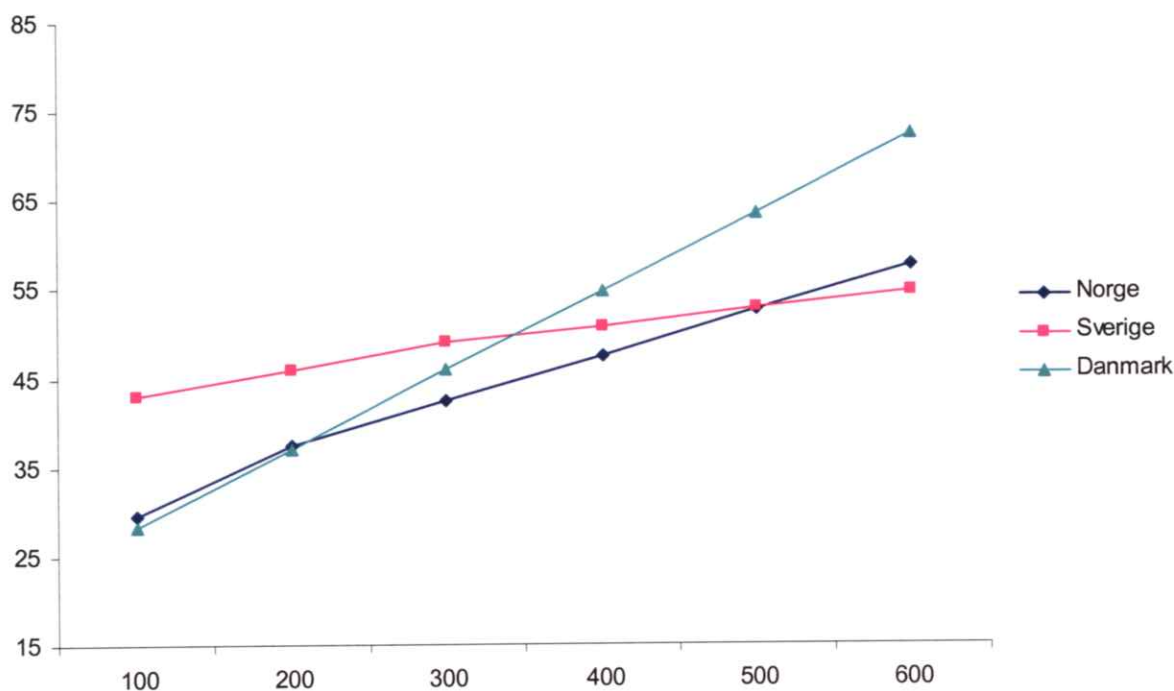
⁶ Gjennomsnittlig AIP (apotekenes innkjøpspris) for en gjennomsnittlig "blåreseptpakning" i Norge

500	52,5	52,7	63,5
600	57,5	54,7	72,3

Valutakurs pr 6. okt 2006: SEK = 90,88, DKK = 113,08

Tabellen viser at de norske apotekavansereglene gir lavere avanse på en gjennomsnittlig norsk blåreseptpakning enn svenske og danske avanseregler. Grafisk kan avansereglene i Norge, Danmark og Sverige fremstilles slik:

Figur 8

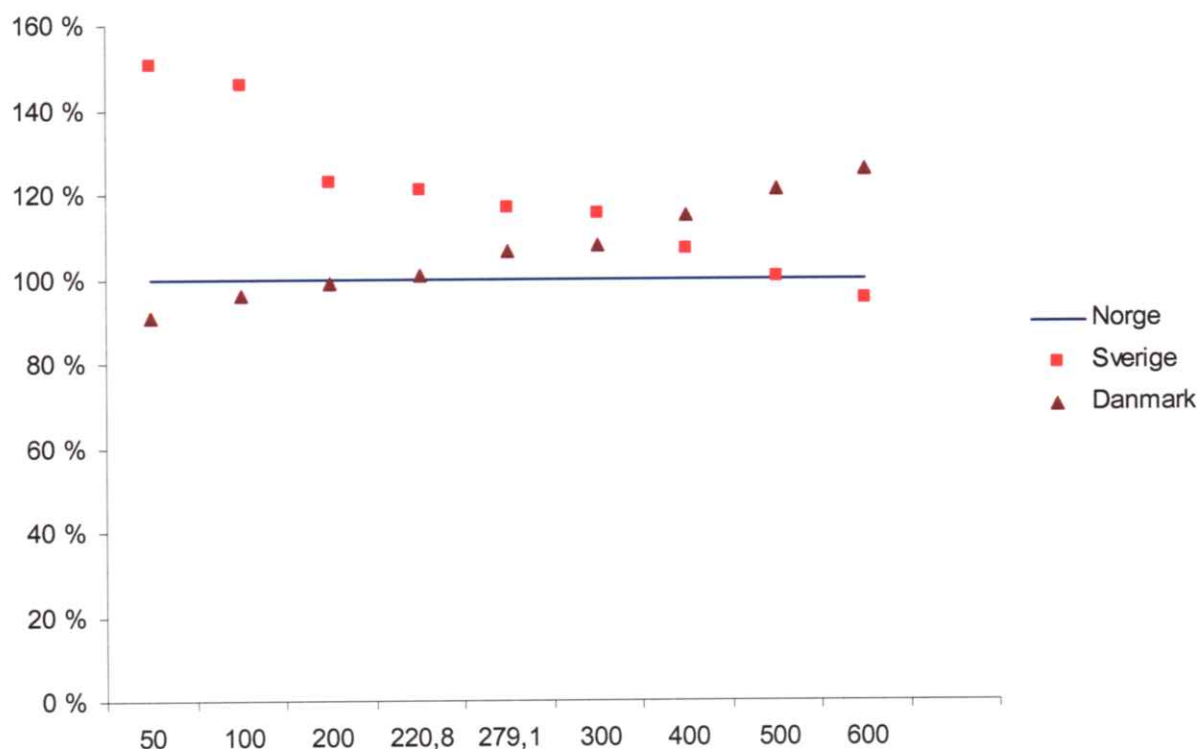


Den prosentuelle forskjellen i avansekrone for gitte innkjøpspriser fremkommer i tabellen nedenfor:

AIP	Norge	Sverige	Danmark
50	100 %	151 %	91 %
100	100 %	146 %	96 %
200	100 %	123 %	99 %
220,8	100 %	121 %	101
279,1	100 %	117 %	106 %
300	100 %	115 %	108 %
400	100 %	107 %	115 %
500	100 %	100 %	121 %
600	100 %	95 %	126 %

Tabellen viser at de svenske avansereglene gir høyere avanse enn norske i alle tilfeller, bortsett fra for de dyreste legemidlene. Likeledes gir danske avanseregler høyere avanse enn de norske for alle legemidler med innkjøpspris på i overkant av 200 kroner. Grafisk kan dette illustreres slik, jf. figur 9:

Figur 9



Et moment som også må tas med i vurderingen, er at apotekdekningen i Norge er vesentlig bedre enn i våre naboland. Danske apotek har eksempelvis i gjennomsnitt dobbelt så mange kunder enn norske apotek. Gjennomsnittsomsetningen er således høyere.

7. Avslutning

Vi har i dette brev valgt å fokusere på dokumentasjon fremfor å presentere krav i kroner. Dersom Legemiddelverket besitter dokumentasjon som avviker fra den vi har presentert i dette brevet, ber vi om å få tilgang til denne eventuelle dokumentasjonen.

Med vennlig hilsen
APOTEKFORENINGEN

Kai Finsnes
Adm. direktør

Vedlegg

VEDLEGG

Blant forhold det må brukes tid på i en ekspederingssituasjon er:

1. vurdere behov for særlig diskresjon (ved behov bruke samtalerom)
2. sjekke gyldighet av resept
3. vurdere legemiddel mht til person og bruksområde – hvor mye og til hvilken dosering
4. registrere resepten og tilpasse spesielle leveringsønsker (hentes – sendes – delutlevering - hjemmesykepleie)
5. kreve og kontrollere legitimasjon ved A- og B-preparater
6. vurdere gyldighet av refusjonspunkt på blå resept
7. kontrollere egenandel/betaling opp mot minstepensjon/ufør/frikort/jernbanens helsefond/p-pille resept jenter < 19 år (gyldig bevis)
8. kontrollere godkjenning i APOK
9. sjekke og rette opp mangler på resepten (ca 1000 feil i uka)
10. ringe lege ved uklarheter
11. registrere alle pasientdata i Farmapro i tråd med utleveringsforskriften
12. forsøke å overtale kunden til å akseptere generisk bytte – forklare for kunden at det er samme legemiddel, men med annet navn til lavere pris
13. velge produkt i tråd med kundens og rekvirentens ønske
14. registrere eventuell reservasjoner
15. plukke varen(e) – bestille ved utilstrekkelig levering
16. aktivere kvalitetskontroll (strekkode – farmasøytikkontroll)
17. signere og ekspedere legemidlene
18. veilede om riktig bruk og dosering tilpasset kunden
19. vurdere og informere om interaksjoner på samme/medfølgende resepter, tidligere utleveringer eller ønskede OTC/handelsvarer
20. faglig servicesalg (kortison/fuktighetskrem – munntørrehet)
21. dele ut skriftlig informasjon
22. registrere og kontrollere egenandel og pris
23. ta imot betaling

Samlet godtgjørelse for dette ved salg av en gjennomsnittlig blåreseptpakning er 37,80 kroner. Med en minuttkostnad pr ekspedisjon på ca 10 kroner, kreves veldig gode rutiner i apotek for å få regnestykket til å balansere.