



Stortinget  
Kontroll- og konstitusjonskomiteen  
Karl Johans gate 22

0026 OSLO

Deres ref.

Vår ref.  
07/119-6/KAF/raa

Dato:  
26.03.2009

## Riksrevisjonens undersøkelse av markedet for kopilegemidler - fakta og kommentarer

### 1. Riksrevisjonens undersøkelse av markedet for kopilegemidler

Riksrevisjonen har i Dokument 3:7 (2008-2009) undersøkt myndighetenes regulering av markedet for kopilegemidler. Undersøkelsen er basert på data fra 2005, 2006 og 2007. Det er imidlertid gjort omfattende endringer i trinnprissystemet og i legemiddelmarkedet i de to årene etterpå, særlig i forbindelse med statsbudsjettet for 2008. Riksrevisjonens rapport er derfor ikke oppdatert.

De senere endringene gjør at bildet i dag er annerledes. Sammenlignet med det som fremkommer av Riksrevisjonens undersøkelse, kan det pr. dato fastslås at:

- Prisene på kopilegemidler er lavere (pkt. 2 nedenfor)
- Avansene på kopilegemidler er lavere (pkt. 3 nedenfor)
- Fremforhandlede rabatter kommer pasientene til gode (pkt. 4 nedenfor)

Disse konklusjonene bygger delvis på Apotekforeningens meget omfattende legemiddelstatistikk, og må sees i kontrast til Riksrevisjonens oppsummeringer, som etter vårt syn gir et misvisende inntrykk når hovedfokus er blitt at apotek og legemiddelgrossister har høye marginer på kopilegemidler og at fremforhandlede rabatter ikke kommer pasientene til gode.

Imidlertid fastslår også Riksrevisjonen det forhold som formentlig er av størst politisk betydning, nemlig at det er lave priser på legemidler i Norge, særlig på kopilegemidlene.

### 2. Ytterligere prisfall på kopilegemidler fra 2007 til 2008

Riksrevisjonen bekrefter konklusjonene i Helse- og omsorgsdepartementet prisundersøkelse fra i fjor. Undersøkelsen viste at Norge var blant de aller billigste landene i Europa på legemidler, og aller billigst på kopilegemidler i trinnprissystemet. Undersøkelsen var basert på data fra 2007 og ble utført for departementet av Samfunns- og næringslivsforskning (SNF).

Stortinget vedtok i statsbudsjettet for 2008 nye kutt i trinnprissystemet, som senket prisene med ytterligere 113 millioner kroner. Dette kommer i tillegg til priskuttet i 2007 på 240 millioner kroner. Effekten av 2008-kuttene er ikke med i Riksrevisjonens rapport. Mens de legemidlene som var med i trinnprissystemet i 2007 hadde en gjennomsnittlig pris (eks. mva) pr. pakning på 153 kroner, kostet de samme pakningene i 2008 i gjennomsnitt 125 kroner. Dette tilsvarer en gjennomsnittlig prisreduksjon fra 2007 til 2008 på 19 prosent.

### 3. Avanse på kopilegemidler – kroner eller prosent?

Riksrevisjonens undersøkelse hevder at den samlede avansen på trinnprislegemidler for apotek og legemiddelgrossister i 2007 var på om lag 400 prosent. Ensidig bruk av prosentberegninger gir imidlertid et galt bilde av virkeligheten.

Tabellen nedenfor viser hvordan priser og avanser har utviklet seg fra 2003 til i dag for et mye brukt legemiddel, Voltaren (diklofenak) 20-pakning 50 mg:

	2009 (Trinnpris)	2003 (AUP)	Endring
Utsalgspris inkl mva	32,50	64,40	-31,90
Utsalgspris ekskl mva	26,00	51,52	-25,52
Apotekets innkjøpspris	3,74	27,80	-24,06
Avanse i kroner	22,26	23,72	-1,46
Avanse i prosent	595 %	85 %	510 %

Apoteket mottar 1,46 kroner mindre pr. pakning, selv om avansen har økt fra 85 til 595 prosent.

Riksrevisjonen påpeker at apotek og grossist har bedre avanse på kopilegemidler enn på de originale alternativene. Bortsett fra at avansen i dag er lavere fordi Riksrevisjonens undersøkelse er basert på gamle tall, og at måling av avanse i prosent kan gi et misvisende inntrykk, vil vi påpeke at det er en politisk tilsiktet effekt at avansen skal være høyere på kopilegemidler i trinnprissystemet enn på legemidler utenfor trinnprissystemet, jf. helse- og omsorgsministerens uttalelse til Riksrevisjonen i brev av 20. januar 2009:

*”Departementet vil også peke på at det er en omkostning for apotekene å bytte fra det legen har forskrevet, til et annet tilsvarende, men billigere legemiddel. Dette fordi pasienten må informeres om byttet, og ofte overbevises om at et slikt bytte er forsvarlig. Det er derfor nødvendig å gi apotekene et insentiv til generisk bytte, og deres marginer i trinnprissegmentet fungerer som et slikt insentiv.”*

Med henvisning til at avansen for kopilegemidler er høyere enn for tilsvarende originale legemidler, skriver Riksrevisjonen at det synes å være rom for ytterligere reduserte priser. Vi kan ikke se at Riksrevisjonen har noen støtte i sin undersøkelse til å uttale dette, ettersom Riksrevisjonen ikke har foretatt noen vurdering av apotekenes eller grossistenes kostnader og deres samlede inntjening på legemidler.

Ifølge Apotekforeningens data er apotekenes gjennomsnittlige avansepåslag på alt salg av reseptlegemidler 22,25 prosent. Dette er i en helt annen størrelsesorden enn de tall som gjengis i Riksrevisjonens undersøkelse. Avansepåslaget på 22,25 prosent gir etter vår vurdering apotekene

ikke tilstrekkelige inntekter til å dekke sine kostnader uten et vesentlig bidrag fra salg av andre varer enn reseptpliktige legemidler.

#### **4. Fremforhandlede rabatter kommer pasientene til gode**

Riksrevisjonen viser til at apoteknæringen beholder differansen mellom innkjøpspris og trinnpris, og slutter fra dette at ”dermed kommer ikke grossistenes fremforhandlede rabatter på innkjøpsprisen pasientene til gode” (s. 51). Dette er fundamentalt galt.

Myndighetenes trinnprisvedtak reduserer ikke innkjøpsprisen, men utsalgsprisen. Dermed er det opp til apoteket eller grossisten å fremforhandle en rabatt fra leverandøren som i hvert fall er stor nok til at rabatten til pasientene – som er forhåndsbestemt gjennom trinnprissatsen – dekkes. Det overskytende kommer grossisten og/eller apoteket til gode. Disse er dermed gitt et sterkt og tilsiktet insentiv til å bruke store ressurser på å få billige kopilegemidler raskt på markedet.

Aftenposten synes i et oppslag 18. mars 2009 (vedlagt) tilsynelatende å underbygge Riksrevisjonens påstand om at fremforhandlede rabatter ikke kommer pasientene til gode. Oppslaget illustrerer hvordan prisfall etter patentutløp angivelig har gitt grossistene kraftig økt fortjeneste. Avisen oppgir ikke hvilket legemiddel som er brukt i eksemplet, men ut fra andre opplysninger i artikkelen må det være den mye brukte blodtrykksmedisinen *amlodipin*<sup>1</sup>.

Trinnprissystemet forutsetter at det tas utgangspunkt i legemidlets pris før patentutløpet. Aftenposten har imidlertid tatt utgangspunkt i feil pris før patentutløpet. Korrekt pris før patentutløpet i 2004 er for denne pakningen 823,80 kroner, ikke 323,60 kroner som Aftenposten har lagt til grunn. Den prisen Aftenposten opererer med – 323,60 kroner – var pakningens maksimalpris (AUP) pr. 31. desember 2008.

#### Trinnprissystemet garanterer faste priskutt

Trinnprissystemet er bygget opp slik at det garanterer faste priskutt på 55 til 85 prosent for alle legemidler. De legemidlene som har hatt høyest omsetning, får de største priskuttene. Medisinen i Aftenpostens eksempel, amlodipin, har fått et priskutt på 80 prosent: Prisen på den aktuelle legemiddelpakningen er gått ned fra 823,80 til 166,10 kroner. I og med at prisen ut til pasientene (og indirekte til Folketrygden) er redusert med 80 prosent, nøyaktig som forutsatt, er det opplagt hvem som har hatt størst nytte av priskuttet: Pasientene.

#### Inntektsfordelingen mellom leverandør og grossist/apotek

Når trinnprissystemet kan forutsette priskutt på opp til 85 prosent ut til pasientene, er det fordi grossister og apotek fritt kan forhandle med konkurrerende leverandører om å kjøpe godkjente kopilegemidler til en lavest mulig innkjøpspris. Grossisten er pålagt å selge trinnprislegemidler videre til apotek til en apoteksinnkjøpspris som forholder seg til trinnprisen (utsalgsprisen til pasientene). Denne plikten har grossisten uavhengig av hvilken innkjøpspris fra leverandøren som grossisten fremforhandler. Klarer grossisten å forhandle prisen fra leverandør lengre ned enn priskuttet til pasientene, betyr det økt fortjeneste for grossist og/eller apotek. Dersom apoteket

---

<sup>1</sup> Aftenposten bruker som eksempel et legemiddel som har en trinnpris på kr. 166,10. Den eneste legemiddelpakningen som har en slik trinnpris, er amlodipin 10mg 100stk (noe som kan sjekkes i Legemiddelverkets prisdatabase, som er tilgjengelig for alle på internett). Denne pakningen hadde en maksimalpris på kr. 323,60 pr. 31. desember 2008. Det oppgitte salgsvolumet stemmer også med salget av amlodipin. Vi kan derfor ikke se at dette kan være noe annet enn amlodipin.

eller grossisten ikke klarer å forhandle prisen lenger ned enn priskuttet til pasientene, betyr det mindre fortjeneste enn tidligere for grossist og/eller apotek.

Grunntanken bak trinnprissystemet er at fremforhandlede rabatter først og fremst skal komme pasientene til gode, men at også apoteknæringen skal ha en fordel av rabattene. Denne vinn-vinn-tankegangen har skapt en meget sterk dynamikk i ordningen med kopilegemidler i Norge og gir distribusjonsleddet insentiver til å sikre at billige kopilegemidler kommer raskt på det norske markedet. Videre innebærer salg av kopilegemidler et betydelig merarbeid for apotek og grossist. Dette gir kostnader som begrunner at det er høyere fortjeneste på salg av kopilegemidler enn på salg av patentlegemidler.

#### De reelle effektene av Aftenpostens eksempel

Apotekforeningen har beregnet effektene av leverandørenes prisreduksjoner i Aftenpostens eksempel med basis i korrekt pris før patentutløp, som er 823,80 kroner og ikke 323,60 kroner som Aftenposten feilaktig har brukt. I Aftenpostens eksempel brukes en grossistavanse på 4,0 prosent. Den grossistavansen som forskere og helsemyndigheter har lagt til grunn er 6,0 prosent<sup>2</sup>. Vi har benyttet en grossistavanse på 6,0 prosent før patentutløp i de beregningene som følger. Tabellen nedenfor viser hvor mange kroner av utsalgsprisen som tilfaller de ulike leddene i verdikjeden før patentutløpet sammenliknet med trinnprisen i dag.

Tabell: Andelen av utsalgsprisen i kroner som tilfaller de ulike leddene i verdikjeden hhv. før patentutløpet og i dag, dvs. etter patentutløp med legemidlet i trinnprissystemet.

	<b>Før patentutløp</b>	<b>(prosent)</b>	<b>I dag</b>	<b>(prosent)</b>	<b>Endring (kr)</b>
Leverandør	567,42	(68,9 %)	15,50	(9,3 %)	-551,92
Grossist og apotek	91,62	(11,1 %)	117,38	(70,7 %)	25,76
MVA	164,76	(20,0 %)	33,22	(20,0 %)	-131,54
AUP	823,80	(100,0 %)	166,10	(100,0 %)	-657,70

Det faktiske forhold er således at produsenten har senket prisen med 551,92 kroner. Av dette er 526,16<sup>3</sup> kroner gitt videre til pasienten gjennom apotek og grossist. Avansepåslaget for apotek og grossist er i sum økt fra 91,62 til 117,38 kroner, dvs. med 25,76 kroner.

Regner man avanseendringen i prosent, slik Aftenposten har gjort, ser bildet mye mer dramatisk ut: Avansepåslaget i prosent av grossistens innkjøpspris er økt fra 16,1 prosent til 757,3 prosent, selv om kroneavansen bare er økt fra 91,62 kroner til 117,38 kroner. Slik prosentbetragtning gjør det lett å glemme at prisen kunden betaler i apotek faktisk har gått ned med 80 prosent, med 526,16 kroner + mva – en prisreduksjon som er 25 ganger større enn økningen på 25,76 kroner til apotek og grossist.

#### Hvor stor andel av grossistens/apotekets rabatt kommer pasienten/kunden til gode?

Merverdiavgiften er et forstyrrende element i Aftenpostens regnestykke. Ser vi bort fra momsen, vil prisfallet fordele seg slik:

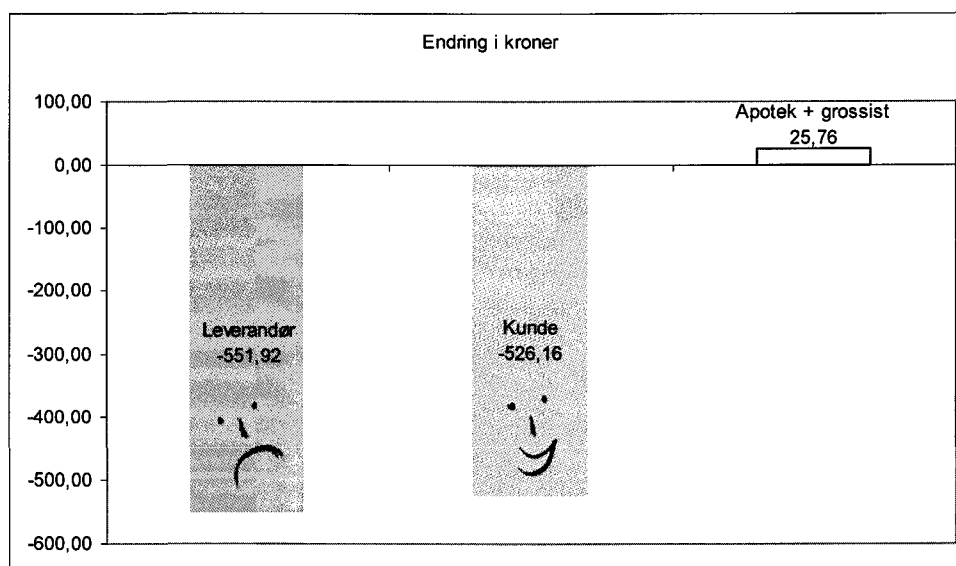
<sup>2</sup> Se Rapport 05/08 Samfunns- og næringslivsforskning: "Er legemidler billig i Norge? En sammenligning av priser på reseptpliktige legemidler mellom Norge og ni vest-europeiske land".

<sup>3</sup> Tillagt merverdiavgift gir dette en prisreduksjon på kr. 657,70.

Tabell: Andelen av prisfallet fordelt mellom grossist/apotek og pasientene:

	Endring	Andel av prisfall
Leverandør	-551,92	100,0 %
Grossist og apotek	25,76	4,7 %
Pasient	-526,16	95,3 %

Tabellen viser at 95,3 prosent av priskuttet videreføres til pasienten. Kun 4,7 pst av priskuttet blir igjen i distribusjonsskjeden. I kroner blir fordelingen av priskuttet mellom leverandør, kunde og apotek/grossist slik:



Figuren gir et svært dekkende bilde av hvem som nyter mest godt av at *amlodipin* ble inkludert i trinnprissystemet etter at produktets patentbeskyttelse utløp. Nær 100 pst. av priskuttet tilfaller pasientene. De kronene som ikke tilfaller pasientene, er den kompensasjonen apotek og grossister innvilges for å fremme generisk bytte og rask introduksjon av generiske legemidler på det norske markedet.

Med vennlig hilsen  
APOTEKFORENINGEN

Kai Finsnes  
adm.direktør

Vedlegg:

Faksimile av Aftenposten 18. mars 2009

Kopi:

Helse- og omsorgsdepartementet, Administrasjonsavdelingen  
Riksrevisjonen

## Slik øker grossistens fortjeneste



Priseksemplet gjelder en konkret medisin i en spesifikk apotekkjede. Medikamentet er stort sett betalt av folketrygden gjennom blå resept, bare med et lite fratrukk for pasienters egenandel.

Det selges nesten 70 000 enheter av medisinen på ett år, og leverandøren har regnet ut at grossistens bruttofortjeneste på distribusjonen lå på rundt 600 000 kroner før patentutløp.

Når originalen har gått av patent og den billigere kopimedisinen overtar, er grossistens bruttofortjeneste på omtrent samme jobben økt til 8,2 millioner kroner.

Hvis grossisten hadde distribuert kopimedisin for samme pris som originalmedisinen, ville staten (og pasientene) spart 7,6 millioner kroner på ett medikament i én kjede på ett år.

Kilde: NIGEL har laget regnestykket i samarbeid med leverandører som kjenner prisene.

Aftenposten grafikk

# Tjener mer etter priskutt

■ Når medisiner går av patent, øker fortjenesten kraftig for grossistene

Leverandørene av kopimedisin synes det er meningsløst at folketrygden skal sikre grossistene så høy fortjeneste.

SIRI GEDDE-DAHL

– Norge er et «gull-land» for medisingrossister. Folketrygden kan spare 300–400 millioner kroner ved å legge om systemet for priskutt på medisiner. Dette er penger som kunne gått til behandling av viktige sykdommer som kreft, sier Ivar Kvale, talsmann for Norsk industriforening for generiske legemidler (NIGEL).

Øker kraftig. Aftenposten omtalte fredag Riksrevisjonens rapport om bruttofortjenesten i det integrerte apotek- og grossistledet for legemidler. Grossist-/apotek-ledet la i 2006 og 2007 i snitt på prisen for kopilegemidler fire til fem ganger så mye som det koster å kjøpe medisinen fra legemiddelfirmaet.

– Når et legemiddel går av patent, øker grossistenes marginer kraftig.

Riksrevisjonens anslag på drøyt 400 prosent grossist-

## Trinnpris-modellen

Trinnprissystemet trådte i kraft 1. januar 2005 og regulerer markedet for byttbare, medisinsk likeverdige, legemidler, såkalte kopilegemidler.

Statens system for priskutt innebærer trinnvis kutt i medisinsprisen ut fra apotek i løpet av det første året etter at det oppstår konkurranse.

Hensikten er å sikre at legemiddelfirmaenes store priskutt på kopimedisiner kommer forbrukerne til gode.

Aftenposten fakta

apotekavanse er et meget nøkternt anslag, fortsetter Kvale.

NIGEL har presentert et regnestykke for politikere og departement som skal vise «hvor galt det kan gå» i prissettingen av legemidler når et medikament tas av patent og settes inn i statens system for priskutt, trinnprissystemet (se fakta).

Skyhøy avanse. Som det fremgår av regnestykket halve-

res utsalgsprisen fra apotek når patentet forsvinner og man kan selge kopiprodukter. Men det er blitt så ekstremt mye billigere for grossisten å kjøpe inn medikamentet at grossistmarginen likevel blir skyhøy.

Rabatten fra legemiddelprodusentene kommer bare i begrenset grad pasientene til gode. Situasjonen skapes av knallhard konkurranse blant kopileverandørene, samtidig som det nesten ikke eksisterer konkurranse i grossistledet. Tre store grossister eier nesten samtlige apotek her i landet og kan i realiteten nesten diktere prisene.

Ikke mulig. I fredagens avis sa grossisttalsmann, Kai Finnsnes, direktør i Apotekforeningen, at det neppe er mulig å få forbrukerprisene ytterligere ned på kopimedisiner fordi kopileverandører er så presset i det norske markedet.

Kopileverandørene er presset av grossistene, ikke av lave forbrukerpriser. De siste årene har minst to kopileverandører lagt ned sitt norgeskontor, og de fleste har slanket bort småpakninger som det ikke lenger er fortjeneste på, sier Kvale.

NIGEL foreslår at systemet for innkjøp av medisiner det offentlige betaler legges om, slik at leverandørene leverer anbud direkte til Legemiddelverket, sam-

tidig som det settes et tak på fortjenesten grossistene har lov til å ta.

– Grossistene skal selvfølgelig tjene penger, men de skal ikke ha urimelig høy fortjeneste. I Sverige og Danmark er grossistmarginen 3–9 prosent, sier Kvale.

Hardt presset. Også Legemiddelindustriforeningen er kritisk til fortjenesten i grossistledet.

siri@aftenposten.no

## Fornøyd minister

ANNE HAFSTAD

Helseminister Bjarne Håkon Hanssen synes dagens regulering av priser på legemidler stort sett fungerer godt.

– Jeg er totalt sett fornøyd med systemene vi har i dag. Norge har de laveste prisene på legemidler i Europa. Jeg vil advare det politiske Norge mot å kreve endringer på et system som gir så gode resultater som vi kan vise til, sier han.

– Du synes avanse på mellom 400 og 500 prosent til apoteknæringen for kopimedisiner er greit?

– Noe må apotekene tjene penger på.

– Legemiddelverkets analyse for et par år siden viste marginer i samme størrelsesorden. Tallene viser at leverandørene blir hardt presset på pris og at stor gevinst blir liggende i grossistledet. Vi kan slå fast at det er høy fortjeneste i grossistledet, sier Per Olav Kor-meset, fungerende administrerende direktør i Legemiddelindustriforeningen.

– Hvis du la et øvre tak på avansen slik det er på originallegemidler, ville ikke produsentenes rabatter da komme pasientene til gode i stedenfor apoteknæringen?

– Kanskje, men jeg vurderer ikke å gjøre noe sånt nå. Det skal veldig gode argumenter til før jeg vurderer å endre dagens systemer, sier Hanssen.

Han er imidlertid ikke helt fornøyd med den lange saksbehandlingstiden i Statens legemiddelverk når det gjelder godkjenning av nye kopilegemidler og har gitt staten mer penger og klar melding om at den skal ned.

anne.hafstad@aftenposten.no