

England



Apoteketablering i

Christopher D R Dunn, DSc, MRPharms.
Tidl. Prof II, Farmasøytisk institutt, Oslo

Apotekenes rammebetingelser og de praktiske ordningene knyttet til apotekdrift varierer sterkt fra land til land. Her beskrives hva som kreves for å åpne et apotek i England, og hvilke systemer som styrer betalingen for apotekets tjenester.

Selv om apotekenes «avanse» i både Norge og UK er avhengig av det antall resepter apoteket ekspederer, er måten avansen fremkommer på svært forskjellig. I UK er det et flatt gebyr basert på antall ordinasjoner og med liten kobling til prisen på legemidlene. I Norge er det en avanse mer basert på hva legemidlene koster.

APOTEK OG FARMASØYT

Systemene for betaling av farmasøytiske tjenester innen primærhelsetjenesten i UK må sees i sammenheng med de strenge bestemmelsene som gjelder for bruken av begrepene «apotek» og «farmasøyt». Begrepene kan bare benyttes dersom klare kriterier er oppfylt. For «apotek» må lokalene inspiseres, godkjennes og registreres hos RPSGB. En «farmasøyt» har fullført en universitetsutdannelse, nylig utvidet til fire år, pluss en ettårig praksisperiode som er mer formell og intensiv enn den norske seks måneders praksisperioden. Farmasøyten må dessuten ha betalt den årlige registreringsavgiften (p.t. ca kr 2.500) og må være oppført i RPSGBs register.

PRIMÆRAPOTEK

Det er ikke spesielt vanskelig å få godkjent lokaler til apotekbruk i UK fordi RPSGB har få muligheter til å avvise en søknad. Lokalene må være trygge, de må ha tydelig avgrensning til annen virksomhet i f.eks. et kjøpesenter, må ha en størrelse tilpasset aktiviteten (ikke nærmere definert), ha tilstrekkelig kjølekapasitet, og må kunne være i stand til å ta i mot returmedisiner og legemiddelavfall (1).

Fra et lokale godkjent som apotek, kan eieren eller eierselskapet selge reseptfrie legemidler, både de som er begrenset til salg fra apotek og de som også kan selges utenom apotek. Apoteket må være under ledelse av en farmasøyt. Apoteket kan også fritt ekspedere «private» resepter, dvs de reseptene som ikke kommer inn under NHS-systemet. 80% av omsetningen på et fullverdig apotek kommer imidlertid fra ekspedering av NHS-resepter. Å få en NHS-kontrakt slik at apoteket faktisk blir betalt for å ekspedere slike resepter – og for selve legemidlene – kan være både dyrt og tidkrevende.

KONTRAKT MED NHS

Før dagens bestemmelser, som ble introdusert for 12 år siden, var det ikke nødvendig å gjøre stort mer enn å søke det lokale NHS-kontoret for å få en NHS-kontrakt. Denne praksisen resulterte i at det ble åpnet et stort antall apotek som hver ekspederte bare et lite antall resepter. Datidens betalingsstruktur gjorde at dette gav NHS sterkt økende utgifter til tjenester fra apotek. Myndighetene introduserte derfor i 1992 nye bestemmelser (2) utformet med den hensikt å begrense åpningen av nye apotek bare til steder der det

KONTAKTADRESSE:

10 The Green
ULEY, DURSLEY
GLOS GL11 5SN, England.
Tel: 0044 1453 860164. Fax: 0044 1453 860064.
Email: chrisann@dunn9950.freesevice.co.uk

FORKORTELSER

RPSGB = Royal Pharmaceutical Society of Great Britain
OTC = Over the counter (= «reseptfritt»)
NHS = (UK) National Health Service (tilsvarer RTV i Norge)
PPA = Prescription Pricing Authority – det offisielle organet i UK som prissetter aktuelle resepter og er ansvarlige for utbetalinger til apotek med NHS-avtale.

England

var «nødvendig eller ønskelig». Dette er nå krumtappen i søknaden om NHS-kontrakter: Søkeren må bevise at et nytt apotek er «nødvendig eller ønskelig ... for å sikre nærmiljøet ... tilstrekkelig tilbud» på farmasøytiske tjenester utført av farmasøyter.

I urbane (bymessige) strøk (ikke nærmere definert) er meningen med begrepene «nødvendige eller ønskelige», «naboskap» og «tilstrekkelig tilbud» relativt godt innarbeidet. Hvis det ikke er et apotek på stedet, eller det nærmeste apoteket er på den andre siden av en hovedvei i forhold til et boområde, er sannsynligheten stor for at NHS' kriterier er oppfylt slik at en NHS-kontrakt kan innvilges.

DISPENSERENDE LEGER

I ikke-bymessige strøk – definert som «kontrollerte lokaliseringsjoner» – har ofte leger tillatelse til å ekspedere resepter fra sin egen praksis – sitt eget «ikke-apotek» ledet av «ikke-farmasøyter» – til pasienter som har gitt sin tillatelse til det, og som bor mer enn halvannen kilometer fra et apotek. I slike områder skal en apoteksøknad også vurderes med tanke på i hvilken grad et nytt apotek vil påvirke den eksisterende legemiddelforsyningen i området. Det betyr med andre ord at hvis legene kan vise til at et nytt apotek vil gi dem så stor inntektsreduksjon at det vil hindre dem i å gi nødvendig medisinsk service på grunn av for eksempel nedbemanning, så vil apoteksøknaden bli avslått.

INDIVIDUELLE KONTRAKTER

Hvert apotek må ha sin egen kontrakt med NHS. Selskaper som eier flere apotek, må ha individuelle kontrakter for hvert apotek de eier. Søkere som er uenige i lokale vedtak om å innvilge eller avslå søknader fra apotek, kan innklage vedtaket til myndighetene.

Apotekeiere som allerede har apotek innenfor et aktuelt NHS-område, er foreløpig forskånet for den partiske vurderingen av nye apoteksøknader som foregår utenfor byene. I noen områder av UK blir et stort flertall av reseptene ekspedert på legenes klinikker uten farmasøytisk veiledning, selv om mange av pasientene må passere et apotek på vei til legekantoret! Åpning av nye apotek utenfor byene har bare unntaksvis påvirket legetjenestene i området. Uansett er disse tjenester som finansieres av helsemyndighetene uavhengig av inntekter fra reseptekspedering.

Å få lov til å åpne et lokalt apotek som også har lov til å ekspedere NHS-resepter, og få betalt for det, omfatter altså to nødvendige trinn:

- Registrering og godkjenning av lokaler hos RPSGB og
- Tildeling av kontrakt fra det lokale NHS-kantoret.



England



BETALING

Som nevnt i en tidligere artikkel (NAT nr 1/2004 s 74), betaler pasientene en flat egenandel tilsvarende ca. kr 80 per forskrevet produkt, dvs per ordinasjon. Unntak fra regelen kan være basert på alder, spesielle sykdommer eller sosiale/helsemessige årsaker. Egenbetalingsbeløpet trekkes fra det beløpet som myndighetene refunderer apoteket for ekspedering av reseptene.

De gebyrene myndighetene skal betale til farmasøytene, er fastsatt i en egen legemiddeltariff. Det er et 600 siders offentlig dokument som beskriver betingelsene for refusjonskontraktene med myndighetene. Tariffen oppdateres og utgis hver måned, og inneholder bl.a. prislister for det myndighetene vil refundere farmasøytene for de legemidlene de ekspederer, størrelsen på ekspedisjonsgebyret, hvilke legemidler som kan forskrives innenfor rammene av NHS eller som bare kan skrives ut under særlige betingelser, hvilke typer bandasjemateriell og annet utstyr som kan forskrives, og gebyrer for andre tjenester som for eksempel oksygenleveranser, veiledning i omsorgsboliger, vakttjeneste etter avtale med det lokale NHS-kontoret, innmelding av falske resepter eller krav om unntak fra egenbetalingsbestemmelsene, og for å ha farmasøyer i praksis. Gebyrer for gjentatt forskrivning er beskrevet i artikkelen i NAT 1/2004 side 74.

BASIC PRACTICE ALLOWANCE

Apotek som sender inn refusjonskrav for mellom 1.100 og 1.600 ekspederte ordinasjoner per måned, får det som er blitt kalt et «praksisgrunnbeløp» på mellom kr 13.000 (for 1.100 ordinasjoner) og kr 34.500 (for 1.600 eller flere). For å få dette grunnbeløpet, må apoteket lage en egen apotekbrosjyre som blant annet skal informere om åpningstider og tjenestetilbud og ha tilgjengelig inntil åtte lokale eller nasjonale helserelaterte brosjyrer om for eksempel røykestopp og solvett. Apoteket skal også ha legemiddelregistre for sine pasienter. Det er bygget inn en viss fleksibilitet for å gi en viss utjevning mellom måneder med stor aktivitet og måneder der antallet ordinasjonene er under 1.100.

EKSPEDISJONSGEBYR

I tillegg til grunnbeløpet mottar apotekene et gebyr på kr 13 per ordinasjon som ekspederes pluss 50 øre i emballasjegebyr. Legemiddeltariffen angir også tilleggsgebyrer som kan betales hvis legemiddelet må tilberedes ex tempore eller aseptisk, og for måling og tilpassing av kompresjonsbandasjer og brokkinde. Det er også angitt hva som skal betales når farmasøyer må tilkalles utenom normal arbeidstid for å ekspedere hasteresepter.

REFUSJON FOR LEGEMIDLER

Refusjon for selve legemidlene er basert på priser angitt i legemiddeltariffen når det gjelder generiske produkter og hyppig forskrevne merkevarer. For andre preparater benyttes prislister fra produsentene.

Med unntak av et 2% påslag for preparater som koster mer enn 1.300 kroner, har ikke apotekene automatisk avanspåsag slik som i Norge. Det finnes imidlertid lokale ordninger som skal fremskynde refusjonen til apotekene når legemidlene koster flere tusen kroner.

FRADRAG FOR RABATTER

Apotekets utgifter til legemidler blir ikke refundert i sin helhet. Apotekene har i en årrekke vært dyktige til å skaffe seg rabatter hos produsentene slik at innkjøpsprisene blir lavere enn de angitt i legemiddeltariffen. Særlig gjelder dette generiske produkter. Myndighetene trekker slike omsetningsbaserte leverandørrabatter fra det beløpet apoteket får refundert fra NHS etter en bestemt skala. Fratrukket utgjør fra 5,93% for en samlet månedlig omsetning på ca kr 1.650 til 12,52% for omsetning på 1,950 millioner kroner per måned. Størrelsen på det beløpet som skal holdes tilbake, baseres på periodiske innmeldinger av de faktiske prisene apotekene betaler for generiske legemidler. Det omfatter ikke legemidler der apotekene ikke kan oppnå rabatter fra grossist eller produsent, slik som for eksempel kjølevarer.

BETALINGSRUTINER

For å få refundert legemiddelkostnadene fra NHS må apotekene ved slutten av hver måned bunte sammen alle ekspederte resepter. Reseptene grupperes avhengig av om pasientene har betalt egenandel, eller om de av en eller annen grunn er fritatt. P-piller og andre antikonsepsjonsmidler sorteres for seg. Hver reseptbunke sorteres deretter etter forskriver.

Alle reseptene sendes så til et av de PPA-kontorene som har til oppgave å kontrollere reseptene og utbetale refusjonen til apotekene. Utbetaling skjer i hht egne rutiner. Den månedlige utbetalingen består av:

- et a konto beløp beregnet til 80% av det refusjonskravet som ble levert inn måneden før
- + avregningen for måneden før der igjen
- – fratrukk for leverandørrabatter
- – fratrukk for pasientenes egenbetaling

Eksempelvis vil den betalingen et apotek mottar 1. juni bestå av 80% av refusjonskravet for april pluss avregningen for mars minus apotekets rabatter og kundenes egenandeler.

OPPSUMMERING

Hver måned får apotekene et oppsett fra PPA som viser hvilken refusjon apoteket kommer til å få. Oppsettet omfatter:

● LEGEMIDDEL- OG MATERIELLKOSTNADER

I tillegg til refusjonen for selve legemidlene omfatter dette refusjon av diverse kostnader knyttet til innkjøp av f.eks. legemidler og leveranse av oksygenflasker. Her fremkommer også verdien av fratrukk for leverandørrabatter.

● GEBYRER

Viser verdien av ekspedisjonsgebyrene pluss alle andre gebyrer for andre tjenester inklusive gjentatte ekspederinger etc.

● FRADRAG

Viser oppsett over alle egenbetalinger pluss allerede mottatte a konto-beløp fra PPA.

● UTBETALINGER

Viser det beløpet som blir refundert i inneværende måned, a konto-beløpet for den påfølgende måneden og andre eventuelle justeringer.

I praksis betyr denne refusjonsordningen at det tar tre måneder fra apoteket ekspederer en resept og til apoteket har mottatt full refusjon.

Et eksempel på utbetalings skjema er tilgjengelig på nettstedet http://www.ppa.org.uk/pdfs/web_schedule_pictures.pdf og en detaljert beskrivelse finnes på adressen http://www.ppa.org.uk/ppa/pharm_contract.htm Ytterligere informasjon om refusjonsordningene for apotekene i UK finnes flere steder på PPAs hjemmesider. Der er også link til den omtalte legemiddeltariffen.(3)

NYE TIDER

Det systemet som her beskrives fra UK, har fungert uendret i mange år. Det eneste som er blitt endret, er størrelsen på gebyrene. Nå ser det imidlertid ut til at endringer er på vei:

- Elektronisk overføring av resepter mellom forskriver, apotek og PPA er prøvd ut i pilotprosjekter.
- Det er forslag om å revidere regelverket som styrer søknader om å åpne nye apotek i «kontrollerte lokalisasjoner» utenfor byene, inklusive bestemmelsene for dispenserende leger.
- Det er mulig det kan bli en viss deregulering mht etablering av apotek i bymessige strøk slik at det blir enklere å åpne nye apotek i for eksempel kjøpesentre.
- Apotekenes gebyrer diskuteres p.t. av både myndighetene og profesjonen for å komme frem til avtaler som a) bedre gjenspeiler reelle kostnader knyttet til å yte NHS farmasøytiske tjenester, og b) erkjenner at farmasøyter er kompetente til å utføre mer enn ren legemiddeldistribusjon.

Et nytt avtaleverk vil antagelig bestå av avgifter for forskjellige kjerneaktiviteter knyttet til legemiddelekspedering, og med

ett eller to tillegg som beskriver andre tjenester som farmasøyter både kan og vil yte. I noen tilfeller kan slike tilleggstjenester omfatte tjenester som mange farmasøyter yter allerede i dag, enten uten å ta seg betalt eller basert på lokale avtaler med for eksempel kommunen. Det kan omfatte tjenester som oppfølging av pasienters medisiner, compliance-bistand, henting av resepter, medisinleveranser, utvidete åpningstider m.m.

Som del av en ny nasjonal NHS-kontrakt, vil disse tilleggstjenestene innlemmes i legemiddeltariffen. For de farmasøytene som velger å yte slike tjenester, kan det bety at ekspedisjonsgebyrene fra NHS-reseptene blir mindre viktige som grunnlag for apotekenes inntekter.

Kanskje kan det også medføre at UK etter hvert også vil implementere det europeiske «Patient Pack»-direktivet (The European Directive on Labels and Leaflets (92/27/EC)) slik at britiske farmasøyter endelig kan legge fra seg saksen og ekspedere ferdige legemiddelpakninger i stedet for å kutte og klippe for å fremskaffe nøyaktig det antallet tabletter forskriveren har bestemt seg for! ■

Oversatt fra engelsk av Trygve Fjeldstad

REFERANSER

1. Royal Pharmaceutical Society of Great Britain (2003). Medicines, Ethics and Practice: A Guide for Pharmacists. Royal Pharmaceutical Society of Great Britain, London. 128 pages.
2. Department of Health (UK) (1992). The National Health Service (Pharmaceutical Services) Regulations 1992. Her Majesty's Stationery Office, London. 25 pages.
3. Prescription Pricing Authority website <http://www.ppa.org.uk/index.htm>