

LEGEMIDDELMARKEDET



– en kort innføring



Apotekforeningen



rem

re

roa

sand

sca

INNHOOLD

1	INNLEDNING	4
1.1	GENERELT OM LEGEMIDLER	4
	Hva er et legemiddel?	4
	Hvorfor innvilges nye legemidler patent?	5
	Hva skjer når patentbeskyttelsen opphører?	5
2	MARKEDET	6
2.1	AKTØRER PÅ LEGEMIDDELMARKEDET	6
	Helsemyndighetene	6
	Legemiddelindustrien	5
	Legemiddelgrossistene	6
	Apotekene	6
	Pasientene	6
2.2	ETT MARKED – FLERE DELMARKEDER	6
	Blåreseptmarkedet	6
	Hvitreseptmarkedet	6
	Sykehusmarkedet og andre profesjonelle kunder	6
	Markedet for reseptfrie legemidler	6
3	PRISER PÅ LEGEMIDLER	7
3.1	SYSTEMER FOR PRISREGULERING I NORGE	7
	Behov for prisregulering?	7
	Maksimalpriser for reseptpliktige legemidler	7
	Revidering av maksimalpris	9
	Trinnpriser for byttbare, likeverdige legemidler	9
	Ingen prisregulering på salg av reseptfrie legemidler og handelsvarer	9
3.2	HVORDAN FORDELES UTSALGSPRISEN?	10
3.3	PRISUTVIKLING I NORGE OG KOSTNADSUTVIKLING FOR OFFENTLIG SEKTOR	11
	Totalmarkedet for reseptpliktige legemidler	11
	Prisutviklingen for noen av de mest solgte legemidlene	14
3.4	PRISER I NORGE SAMMENLIKNET MED ANDRE LAND	15
	Patenterte legemidler	15
	Legemidler der patenttiden er utløpt - generiske legemidler	16
	Andre lands systemer	16
4	MER INFORMASJON	17

1 INNLEDNING

1.1 GENERELT OM LEGEMIDLER

HVA ER ET LEGEMIDDEL?

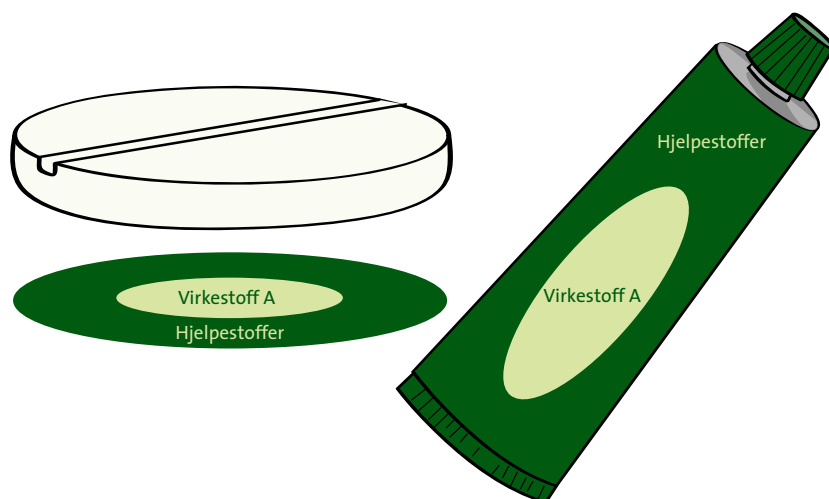
Legemidler forebygger, leger eller lindrer sykdom, sykdomssymptomer eller smerter, eller de brukes til å påvise sykdom. Produkter er også legemidler etter norsk lov dersom den som produserer eller omsetter produktet påstår at det har medisinske virkninger.

Det brukeren oppfatter som et legemiddel, er selve produktet som skal tas eller brukes, f.eks. en tablett, en stikkpille, en salve osv. Dette er i praksis en blanding av den aktive substansen (virkestoffet) i produktet som gir den medisinske virkningen, og diverse hjelpestoffer som kan ha mange ulike funksjoner. Det kan lages mange ulike legemiddelvarianter av samme virkestoff slik at for eksempel en smertestillende dose paracetamol kan tas som tablett, stikkpille, mikstur eller injeksjon. Videre gjør forskjellige hjelpestoffer og fremstillingsmetoder det mulig å lage tabletter som skal løses i vann før de drikkes, tabletter som smelter på tungen, tabletter som løses i magesekken, eller tabletter som først løses opp i tarmen.

Legemidler får man normalt bare kjøpt i apotek. Noen reseptfrie legemidler er unntatt fra denne regelen. Helsemyndighetene mener at hensynet til pasientens sikkerhet tilsier at de aller fleste legemidler skal kjøpes fra faghandelen apotek.

Mange legemidler fås bare kjøpt etter resept fra lege. Dette gjelder legemidler som brukes ved medisinske tilstander som bør vurderes av lege, og det gjelder legemidler som har virkninger eller bivirkninger som må følges særskilt opp av medisinsk personell.

Figur 1 Virkestoff og hjelpestoff



HVORFOR INNVILGES NYE LEGEMIDLER PATENT?

Legemidler blir til gjennom omfattende forskning og utvikling. Det antas at mindre enn 1 av 100 forsøk leder til at et legemiddel blir tatt i alminnelig bruk. Derfor ligger det store investeringer bak ethvert legemiddel. For å sikre at noen skal være villige til å investere de milliardene som er nødvendig, får nye legemidler patent-beskyttelse. Patentet sikrer enerett på salg av legemidlet i en viss periode, og det gir produsenten anledning til å ta en høyere pris enn fri konkurranse ville ha gitt mulighet for. Dermed sikres legemiddelfirmaet avkastning på sin investering. Uten denne muligheten ville forskning på nye legemidler reduseres betydelig.

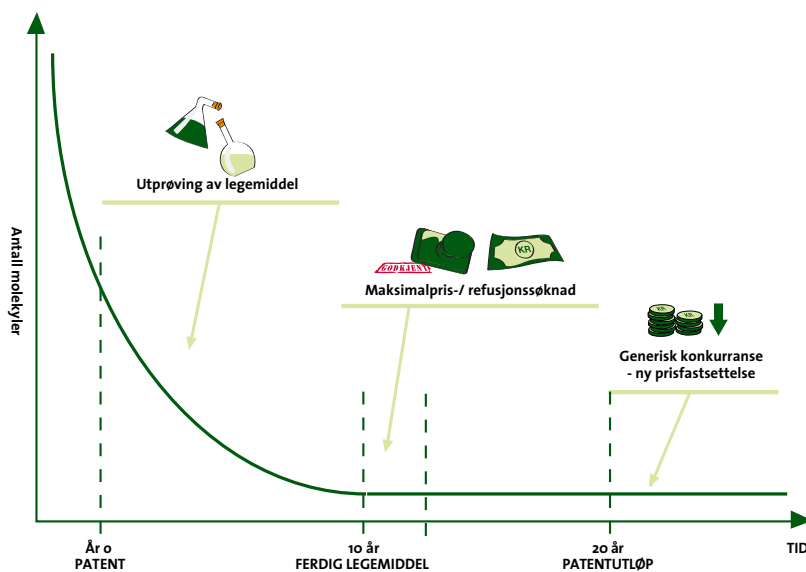
Som det fremgår av teksten over, vil de færreste potensielle legemidler faktisk komme på markedet. Prosessen bak at et legemiddel kommer på markedet kan illustreres i figur 2:

HVA SKJER NÅR PATENTBESKYTTELSEN OPPHØRER?

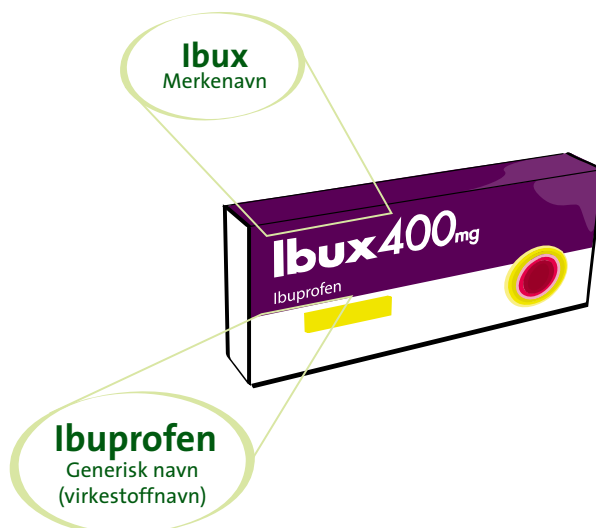
Når patenttiden er utløpt, kan andre firmaer produsere kopier av legemidlet. Disse kopiene inneholder samme virkestoff som originalen, men kan ha annen farge, eller på annen måte se annerledes ut. Ved at flere produsenter selger slike likeverdige legemidler, oppstår mulighet for priskonkurranse, som kan bidra til reduserte priser.

På en legemiddelpakning er det angitt to legemiddelnavn. Ett merkenavn som er firmaets eiendom, og et virkestoffnavn som er navnet på den aktive substansen i legemidlet. Et annet ord på virkestoffnavn er "generisk navn". Se figur 3.

Figur 2 Faser i legemidlets levetid:



Figur 3 Generisk navn og virkestoffnavn/generisk navn





2 MARKEDET

2.1 AKTØRER PÅ LEGEMIDDELMARKEDET

De mest sentrale aktørene på legemiddelmarkedet er helsemyndighetene, legemiddelindustrien, legemiddelgrossistene, apotekene og pasientene.

HELSEMYNDIGHETENE

Myndighetene regulerer økonomiske og juridiske rammevilkår for de øvrige aktørene på legemiddelmarkedet. Myndighetene er samtidig den største legemiddelkjøperen i Norge gjennom blåreseptordningen og som eier av sykehusene. Staten eier i tillegg 31 sykehusapotek gjennom helseforetakene. Helse- og omsorgsdepartementet, Legemiddelverket, Helsedirektoratet og NAV er de viktigste myndighetsorganene på legemiddelområdet.

LEGEMIDDELINDUSTRIEN

Farmasøytisk industri produserer legemidler. Det er i dag mer enn 40 forskjellige farmasøytiske firmaer på det norske markedet, men bare et lite fåtall har egen produksjon i Norge. Produsentene må dokumentere sine legemidlers kvalitet, sikkerhet og effekt overfor Statens legemiddelverk for å få markedsføringstillatelse, som gir rett til å selge produktene i Norge.

LEGEMIDDELGROSSISTENE

Legemiddelgrossistene kjøper legemidler fra farmasøytisk industri og videreselger til apotek. Legemiddelgrossistene plikter normalt å levere alt apotekene etterspør innen 24 timer. Legemiddelgrossistene er forpliktet til å distribuere alle legemidler som er tillatt omsatt. Vi sier at grossistene er underlagt fullsortimentskrav.

APOTEKENE

Apotekene har enerett på detaljomsetning av reseptpliktige legemidler. Apotek tilvirker legemidler til den enkelte pasient etter resept fra lege. Apotek kjøper for øvrig alle legemidler og også de fleste andre av sine salgsvarer fra legemiddelgrossistene. Apotek plikter å utlevere ethvert legemiddel som etterspørres av pasientene.

PASIENTENE

Pasientene kjøper sine legemidler på apoteket. Hvis legemidlene som kjøpes er forskrevet på blå resept, betaler folketrygden det meste av regningen, mens pasienten bare betaler en egenandel. For legemidler på hvit resept og reseptfrie legemidler, betaler pasienten hele regningen selv.

2.2 ETT MARKED – FLERE DELMARKEDER

Legemiddelmarkedet kan betraktes som minst fire forskjellige delmarkeder: blåreseptmarkedet, hvitreseptmarkedet, sykehusmarkedet og reseptfrittmarkedet. Markedsmekanismene i disse fire delmarkedene er forskjellige. Dette gjenspeiles i de reguleringsdelmarkedene er underlagt.

BLÅRESEPTMARKEDET

Blåreseptmarkedet er det største delmarkedet, med en omsetning i 2007 på nær 9,0 milliarder kroner. Legemidler på blå resept betales i hovedsak av staten. Pasienten betaler normalt kun egenandel på 36 prosent, maksimalt 510 kroner per gang. Det er et øvre tak på hvor mye en pasient skal betale i egenandeler i løpet av et år. I 2008 er dette taket på 1740 kroner.

Ingen av aktørene i legemiddelforsyningskjeden kan i særlig grad forvente økt salg ved å redusere sin pris ut til pasienten. Dermed er grunnlaget for priskonkurranse på blåreseptmarkedet så godt som fraværende.

HVITRESEPTMARKEDET

Hvitreseptmarkedet skiller seg fra blåreseptmarkedet i hovedsak ved at pasientene selv må betale for alle legemidlene de bruker. Derfor kan man anta at pasientene er mer prisbevisste i dette markedet enn i blåreseptmarkedet, selv om det også her er legen som bestemmer hvilket legemiddel som skal brukes. Omsetningen på dette delmarkedet var 2,6 mrd kroner i 2007.

SYKEHUSMARKEDET OG ANDRE PROFESJONELLE KUNDER

Sykehusmarkedet avviker fra hvit- og blåreseptmarkedet ved at det er større sammenheng mellom prisen og bruksomfanget av et legemiddel. Sykehusene finansierer selv legemidlene de bruker i pasientbehandlingen. Dermed vil de i større grad se hen til legemidlers pris når de velger hvilke legemidler som skal brukes. Omsetningen i 2007 på dette delmarkedet var 2,1 mrd kroner.

MARKEDET FOR RESEPTFRIE LEGEMIDLER

Markedet for reseptfrie legemidler er det delmarkedet som er mest likt andre markeder. I dette markedet bestemmer brukerne selv hvilket legemiddel som skal kjøpes, og de må betale regningen selv. Som i sykehusmarkedet er det på dette markedet en sammenheng mellom pris og legemiddelvalg. Det er i disse delmarkedene grunnlaget for priskonkurranse er best. I 2007 var apotekenes andel av omsetningen i dette delmarkedet 2,0 mrd kroner. I tillegg kommer omsetning fra salgssteder utenom apotek.

3 PRISER PÅ LEGEMIDLER

3.1 SYSTEMER FOR PRISREGULERING I NORGE

BEHOV FOR PRISREGULERING?

Grunnlaget for priskonkurranse på reseptpliktige legemidler er svakere enn i andre markeder. Årsaken til dette er at det i all hovedsak er andre enn brukeren som faktisk betaler for legemidlet. I tillegg er det ikke brukeren, men legen som bestemmer hvilket legemiddel som skal benyttes. Disse forholdene bidrar til at de fleste land fastsetter maksimale priser på reseptpliktige legemidler, og/eller på annen måte forsøker å få til en mer aktiv priskonkurranse gjennom refusjonsordningen.

MAKSIMALPRISER FOR RESEPTPLIKTIGE LEGEMIDLER

Myndighetene bestemmer hvor høye priser det er lov til å kreve for reseptpliktige legemidler i Norge - maksimalpris. Fastsettelse av maksimalpris foregår i tre trinn:

Trinn 1 Innhente sammenlikningspriser fra andre land

Legemiddelverket fastsetter maksimal innkjøpspris for apotek til gjennomsnittet av de tre laveste markedsprisene på legemidlet i følgende ni land: Sverige, Finland, Danmark, Tyskland, Storbritannia, Nederland, Østerrike, Belgia og Irland. Grunnen til at disse ni landene brukes, er at de blir sett på som de mest relevante å sammenligne Norge med.

Siden norsk pris settes lik gjennomsnittet av de tre laveste observerte prisene for hvert produkt, vil norske priser alltid være blant de tre laveste observerte prisene på produktnivå. Det kan være ulike land som er billigst på de ulike produktene, mens norsk pris alltid vil være gjennomsnittet av de tre billigste. Av den grunn vil gjennomsnittsprisen for alle legemidler sett under ett i Norge med stor sannsynlighet bli lavere enn gjennomsnittsprisen i de land vi sammenlikner oss med.

Tabell 1 illustrerer prisen på tre forskjellige legemidler. For hvert av produktene innhentes det priser fra tilsvarende produkt i de nevnte ni landene. Norsk pris blir gjennomsnittet av de tre laveste prisene. Tabellen illustrerer hvordan ulike land kan være billigst på de ulike produktene, og at norsk pris vil ligge et sted mellom de tre billigste landene for hvert av produktene.

Tabell 1 Regneeksempel - maksimalprisberegning i Norge

Legemiddel A		Legemiddel B		Legemiddel C	
Land	Pris	Land	Pris	Land	Pris
Sverige	100	Belgia	200	Østerrike	400
Danmark	100	Nederland	210	Belgia	430
Finland	115	Irland	220	Tyskland	430
Tyskland	116	Storbritannia	220	Finland	430
Nederland	116	Danmark	223	Nederland	435
Østerrike	118	Østerrike	224	Sverige	436
Belgia	120	Sverige	227	Danmark	450
Storbritannia	124	Tyskland	230	Irland	458
Irland	125	Finland	230	Storbritannia	489
Norge	105	Norge	210	Norge	420



Beregner man gjennomsnittspris per land for alle tre legemidler sett under ett, får vi tabell 2:

Tabell 2 illustrerer at den norske maksimalprisfastsettelsesmetoden vil sikre at legemidler i Norge i gjennomsnitt er billigere enn i de fleste land vi normalt sammenlikner oss med.

Trinn 2 Avansefastsettelse

Myndighetene har bestemt at apotekenes maksimale avanse skal bestå av et prosentpåslag på apotekets innkjøpspris kombinert med et kronetillegg per pakning. Se tabell 3.

Apotekavansen for et legemiddel der apotekenes innkjøpspris (AIP) er på 300 kroner vil da bli: Avanse = $(200 \text{ kr} \times 0,08) + (100 \text{ kr} \times 0,05) + 21,50 \text{ kr} = 42,50 \text{ kr}$

Til fratrekk i apotekets avanse kommer legemiddelomsetningsavgiften på 1,3 prosent av AIP. I dette tilfellet tilsvarer det $(300 \text{ kr} \times 0,013) = 3,90 \text{ kroner}$.

For narkotiske og vanedannende legemidler – såkalte A-/B-preparater – mottar apoteket 10 kr ekstra i avanse.

Trinn 3 Merverdiavgift

Summen av apotekenes innkjøpspris og apotekenes avanse tillegges merverdiavgift på 25 prosent. Denne summen er den maksimale prisen apotek kan kreve av kunden.

Maksimal utsalgspris = $300 \text{ kr} + 42,50 \text{ kr} + 85,60 \text{ kr} = 428,10 \text{ kr}$.

Tabell 2 Norske priser blir lavest:

Gjennomsnitt*	
Land	Pris
Norge	245
Østerrike	247
Belgia	250
Nederland	254
Sverige	254
Danmark	258
Finland	258
Tyskland	259
Irland	268
Storbritannia	278

*av prisene i tabell 1

Tabell 3 Apotekavanse

Apotekenes innkjøpspris	Prosenttillegg	Kronetillegg per pakning
0 - 200 kroner	8,00 %	21,50 kroner
> 200 kroner	5,00 %	21,50 kroner

REVIDERING AV MAKSIMALPRIS

Legemiddelverket vurderer prisene på 300 av de mest omsatte reseptpliktige virkestoffene hvert år for å sikre at maksimalprisene reflekterer prisutviklingen i Europa. Årsaker til endringer i maksimalpris kan for eksempel være endringer i det europeiske prisbildet, endrede valutakurser eller at legemidlet trekkes fra et av de ovennevnte ni europeiske landene.

TRINNPRISER FOR BYTTBARE, LIKEVERDIGE LEGEMIDLER

Statens legemiddelverk fastsetter hvilke legemidler som anses likeverdige og dermed byttbare. Byttbare legemidler, eller generiske legemidler, inneholder samme virkestoff i samme mengde og samme legemiddelform (kapsler, tabletter etc), men produseres av forskjellige produsenter. For 42 av de mest omsatte legemidlene på Legemiddelverkets bytteliste har myndighetene bestemt at apotekene skal tilby pasienten minst ett alternativ til priser som er betydelig lavere enn maksimalprisen. Disse prisene kalles trinnpriser.

Et eksempel på hvordan systemet med trinnpriser virker:

Legemiddel A er patentbeskyttet, har en myndighetsbestemt maksimalpris på 200 kroner og omsetter for 150 mill kroner. Patentet utløper og flere leverandører velger å lansere generiske alternativer til det tidligere patenterte legemiddel A. Når minst én av disse alternative leverandørene kan levere til det norske markedet, sier man at stabil generisk konkurranse har inntruffet. Statens legemiddelverk kan da fastsette en trinnpris som er 30 prosent lavere enn den opprinnelige maksimalprisen. I dette tilfellet blir trinnprisen 140 kroner.

Seks måneder etter introduksjon av trinnpris, kuttes prisen ytterligere. Ettersom legemiddel A opprinnelig omsetter for 150 mill kroner, fastsettes en ny trinnpris tilsvarende et kutt i opprinnelig maksimalpris på 75 prosent. Den nye trinnprisen blir 50 kroner. Dette er den prisen apoteket selger legemidlet for.

Gitt at forbruket av legemidlet holder seg uendret, vil årlig omsetning 12 måneder etter siste trinnprisfastsettelse være 25 prosent av opprinnelig omsetning, eller 37,5 mill kroner. Tabell 4 angir derfor at det er grunnlag for fastsettelse av en ny og lavere trinnpris, tilsvarende et kutt på opprinnelig maksimalpris på 80 prosent. Ny trinnpris fastsettes til 40 kroner. Dette skjer 18 måneder etter at det ble stabil generisk konkurranse i markedet.

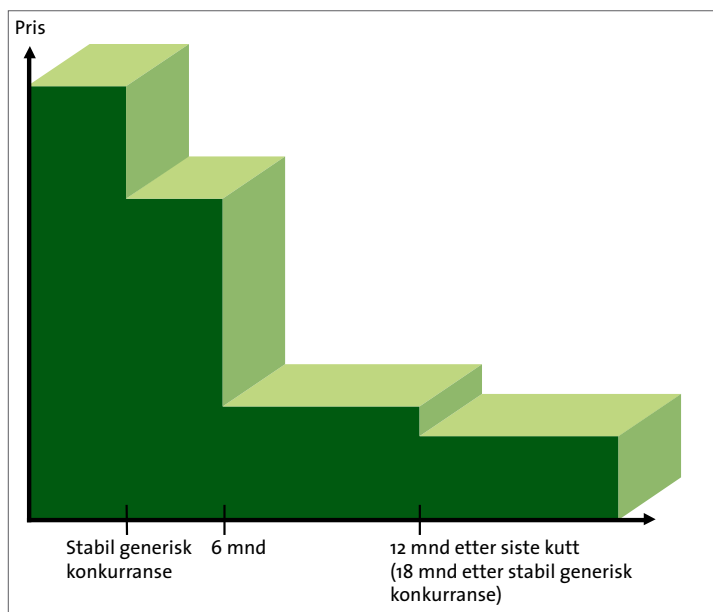
INGEN PRISREGULERING PÅ SALG AV RESEPTFRIE LEGEMIDLER OG HANDELSVARER

Apotek kan selv bestemme sine priser på reseptfrie legemidler og produkter som ikke er legemidler.

Tabell 4 Trinnpris

Tid fra stabil generisk konkurranse inntraff	Salg <i>under</i> 100 mill kr (siste år før generisk konkurranse)	Salg <i>over</i> 100 mill kr (siste år før generisk konkurranse)	Ved salg <i>over</i> 100 mill kr etter siste priskutt
Straks	-30 %	-30 %	
Etter 6 mnd	-55 %	-75 %	
Ytterligere kutt 12 måneder etter siste kutt	-65 % (for legemidler som omsetter for mer enn 15 mill kr)	-80 % (for legemidler som omsetter for mer enn 30 mill kr)	-85 % (for legemidler som omsetter for mer enn 100 mill kr)

Figur 4 Trinnpristrappa





3.2 HVORDAN FORDELES UTSALGSPRISEN?

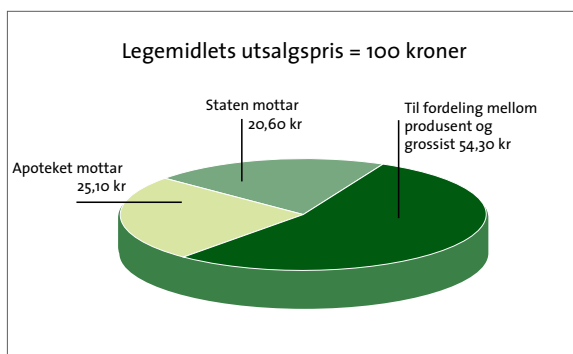
Nedenfor vises to eksempler på hvordan apotekenes utsalgspris fordeles mellom grossist og leverandør, avanse til apotek og avgifter til staten når utsalgsprisen er 100 kroner og 350 kroner.

Boks 1 Dekomponering av apotekets utsalgspris – 100 kr

Priseksempel: Legemidlets utsalgspris i apotek = 100 kr inkl. mva.	
Til fordeling mellom produsent og grossist (det apoteket betaler for legemidlet)	54,30 kroner
Apoteket mottar apotekavanse - legemiddelomsætningsavgift	25,10 kroner
Staten mottar merverdiavgift + legemiddelomsætningsavgift	20,60 kroner
Apotekenes utsalgspris	100,00 kroner

Fordelingen av utsalgsprisen kan presenteres grafisk som i figur 5:

Figur 5 Dekomponering av apotekets utsalgspris – 100 kr.



Den statlig fastsatte avansestrukturen medfører at apotekene får en stadig mindre andel av legemidlets utsalgspris når prisen øker. Dette kan illustreres ved å se på fordelingen av utsalgsprisen på et produkt som koster 350 kroner ut av apotek.

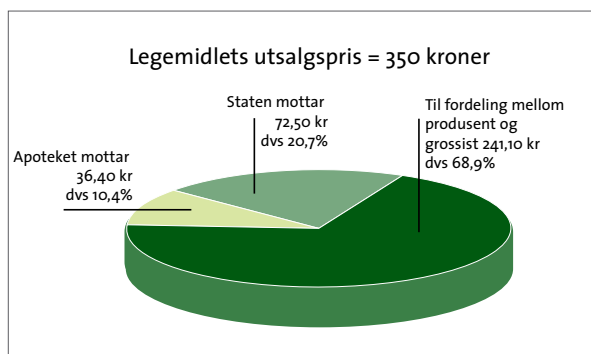
Boks 2 Dekomponering av apotekets utsalgspris – 350 kr

Priseksempel: Legemidlets utsalgspris i apotek = 350 kr inkl. mva.		
Til fordeling mellom produsent og grossist (det apoteket betaler for legemidlet)	241,10 kroner	68,9 pst
Apoteket mottar apotekavanse - legemiddelomsætningsavgift	36,40 kroner	10,4 pst
Staten mottar merverdiavgift + legemiddelomsætningsavgift	72,50 kroner	20,7 pst
Apotekenes utsalgspris	350,00 kroner	100 pst

Vi ser her at staten krever inn mer i avgift av utsalgspriser på 350 kroner enn apoteket får i avanse.

Prisen fra produsent til legemiddelgrossist er ikke regulert, og er ikke offentlig kjent. Man kan derfor ikke se nøyaktig hvor stor andel av den prisen apotekene betaler som tilfaller hhv grossist og produsent. Av den grunn er produsent og legemiddelgrossist slått sammen i figurene nedenfor.

Figur 6 Dekomponering av apotekets utsalgspris – 350 kr



3.3 PRISUTVIKLING I NORGE OG KOSTNADSUTVIKLING FOR OFFENTLIG SEKTOR

TOTALMARKEDET FOR RESEPTPLIKTIGE LEGEMIDLER

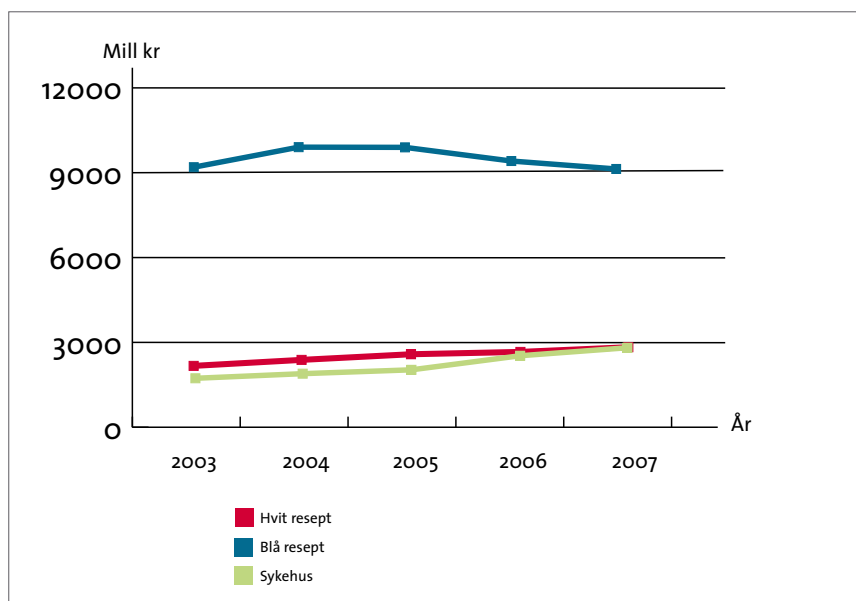
Veksten i samlede legemiddelutgifter i Norge har stagnert de senere år. Tendensen er at en større andel av samlede utgifter til reseptpliktige legemidler betales av sykehusene, samt pasienten selv på hvit resept, mens beløpet for folketrygdens ansvarsområde (blåreseptordningen) reduseres, se figur 7.

Alle tall i tabell 5 er i millioner kroner. Vi ser at blåresept-området målt i kroner var mindre i 2007 enn i 2003.

Tabell 5 Utgifter til reseptpliktige legemidler fordelt på delmarkeder – nominelle kroner (millioner)

År	2003	2004	2005	2006	2007
Hvit resept	1 921	2 133	2 332	2 415	2 580
Blåresept	8 942	9 651	9 644	9 161	8 880
Sykehus	1 686	1 849	1 985	2 483	2 766
Totalverdi reseptpliktig	12 549	13 634	13 961	13 690	13 543

Figur 7 Utgifter til reseptpliktige legemidler fordelt på delmarkeder – nominelle kroner (millioner)



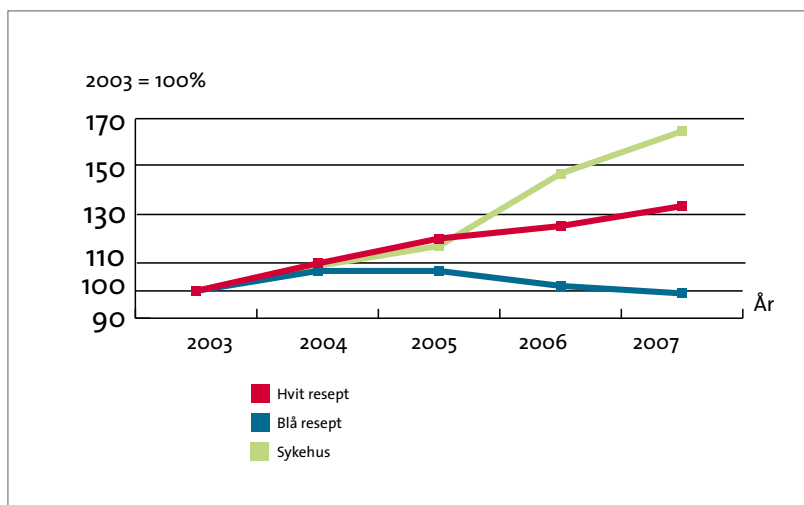
Bildet blir tydeligere dersom vi indekserer alle størrelser, slik at verdien i 2003 for alle delmarkeder for reseptpliktige legemidler er 100. Vi får da figur 8.

En av årsakene til den sterke veksten i sykehusenes legemiddelkjøp i 2006 er at finansieringsansvaret for en gruppe svært dyre legemidler mot alvorlige revmatiske lidelser ble overført fra folketrygden til de regionale helseforetakene. Tendensen i sykehus er at man bruker stadig dyrere legemidler.

Tabell 6 Relativ fordeling av legemiddelutgiftene 2003 – 2007

År	2003	2004	2005	2006	2007
Hvit resept	100 %	111 %	121 %	126 %	134 %
Blåresept	100 %	108 %	108 %	102 %	99 %
Sykehus	100 %	110 %	118 %	147 %	164 %
Totalverdi reseptpliktig	100 %	109 %	111 %	109 %	108 %

Figur 8 Relativ fordeling av legemiddelutgiftene 2003 – 2007

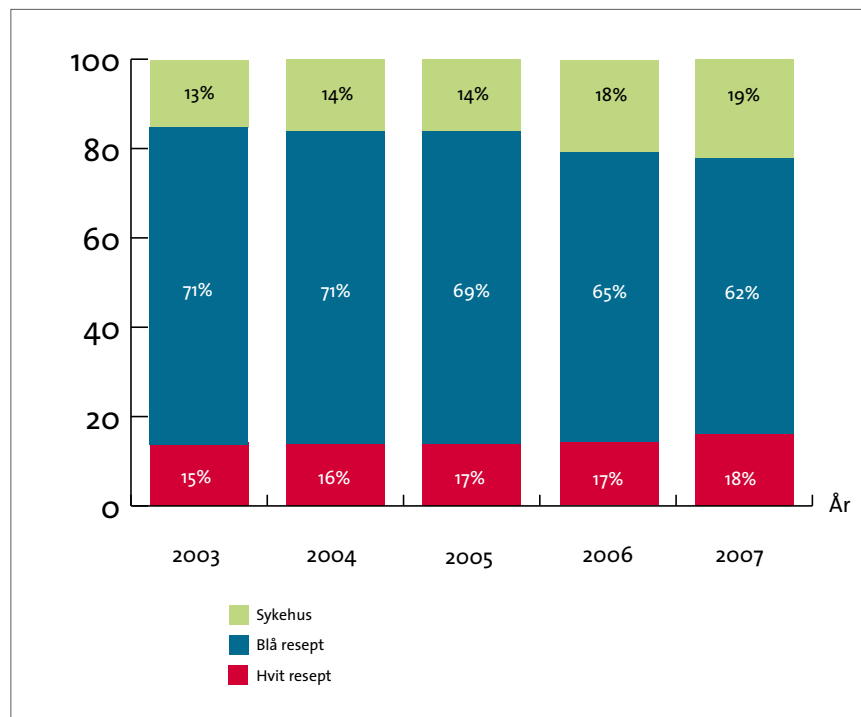




Grafisk kan endringen i fordelingen mellom sykehusomsetning, hvite og blå resepter illustreres som i figur 9.

Grafen illustrerer at andelen av legemiddelomsættningen som faller inn under blåreseptordningen utgjør en stadig mindre andel av reseptpliktige legemidler.

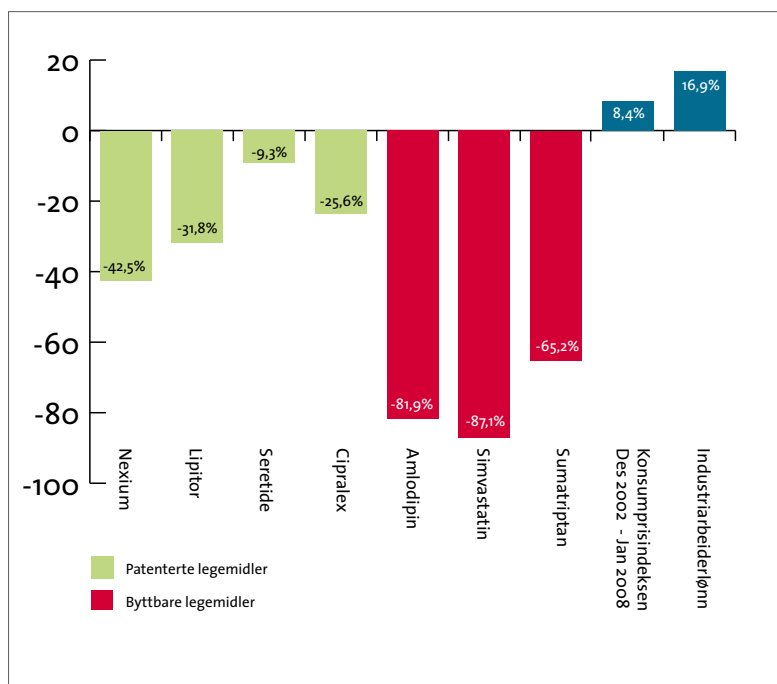
Figur 9 Relativ fordeling av legemiddelutgiftene – sykehus, blåresept og hvit resept



PRISUTVIKLINGEN FOR NOEN AV DE MEST SOLGTE LEGEMIDLENE

Den statlige maksimalprisreguleringen har sørget for at legemiddelprisene i all hovedsak er fallende. I figur 10 sammenliknes prisutviklingen på 7 av de aller mest brukte/ omsatte reseptpliktige legemidlene med utviklingen i det generelle prisnivået (konsumprisindeksen) og gjennomsnittlig industriarbeiderlønn. De fire første produktene er patenterte legemidler, mens de tre siste er byttbare legemidler og inkludert i trinnprissystemet. Figur 10 sammenlikner nivåene fra 2007 med nivåene fra 2003.

Figur 10 Utviklingen i noen av de mest solgte legemidlene vs konsumprisindeks og lønnsvekst



Tabell 7 Prisendring i perioden 2002 – 2008 på noen av de mest omsatte legemidlene

Legemiddel	Brukes mot	Før (31/12 2002)	Nå (1/3 2008)	Reduksjon i kroner	Endring i prosent 2003 - 2008
Nexium	Magesår	1267	728	539	-43 %
Lipitor	Kolesterol	2310	1576	734	-32 %
Seretide	Astma	1523	1381	142	-9 %
Cipraxex	Depresjon	837	623	215	-26 %
Amlodipin	Hjertelidelser	900	163	737	-82 %
Simvastatin	Kolesterol	1762	227	1535	-87 %
Sumatriptan	Migrene	1342	466	875	-65 %



3.4 PRISER I NORGE SAMMENLIKNET MED ANDRE LAND

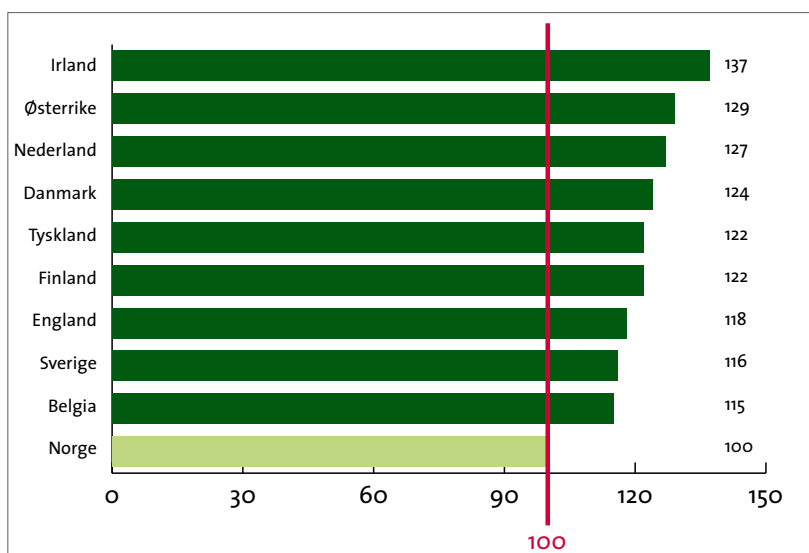
PATENTERTE LEGEMIDLER

Det internasjonale analyseselskapet IMS Health leverte i juni 2007 en prisundersøkelse til Apotekforeningen. Undersøkelsen sammenlignet prisene på legemidler i Norge med prisene i andre nordiske og europeiske land. Undersøkelsen sammenlignet de norske prisene på de legemidlene som er mest brukt i Norge med prisene på de samme legemidlene i andre land (Sverige, Danmark, Finland, Storbritannia, Irland, Tyskland, Østerrike, Belgia og Nederland). Undersøkelsen gjaldt de 50 mest omsatte patenterte legemidlene i Norge¹, og viser at legemidler med patentbeskyttelse har betydelig lavere priser i Norge enn i de andre landene, jf figur 11.

Figur 11 viser at Norge har de laveste prisene på patenterte legemidler sammenliknet med de land Legemiddelverket innhenter priser fra når de fastsetter maksimalpriser i Norge. Nest billigste land er Belgia, med priser som i gjennomsnitt er 15 pst høyere enn i Norge. Irland er dyrest, med priser 37 pst høyere enn i Norge.

Funnene i IMS' undersøkelse bekrefter det man må forvente med tanke på metoden for fastsettelse av maksimalpriser i Norge: Når man i Norge fastsetter maksimalpriser lik gjennomsnittet av de tre lavest observerte priser i en gruppe av ni land, vil maksimalprisene i Norge i gjennomsnitt bli lavere enn i de landene vi normalt sammenlikner oss med.

Figur 11 Priser på legemidler i Norge og andre land – Norge =100



¹ Sykehusprodukter og kombinasjonspreparater er ikke med i undersøkelsen, da det er vanskelig å finne sammenliknbare internasjonale priser for disse

LEGEMIDLER DER PATENTTIDEN ER UTLØPT – GENERISKE LEGEMIDLER

Når det oppstår konkurranse mellom flere produsenter som produserer likeverdige – generiske – legemidler, oppstår det i mange land betydelige prisvariasjoner som til dels endres raskt. De raske endringene vanskeliggjør prissammenlikninger mellom land, fordi øyeblikksbilder der enkeltpriiser sammenliknes på et gitt tidspunkt fremfor over en tidsperiode, kan lede til at utfallet av undersøkelsen vil variere betydelig avhengig av hvilken dag undersøkelsen er foretatt.

Prissammenlikninger for legemidler uten patentbeskyttelse – markedet for generiske legemidler – er mer krevende enn prissammenlikning for patenterte legemidler. Dette skyldes flere forhold, blant annet at et legemiddel kan ha mistet patent i ett land mens det fortsatt har patent i et annet land.

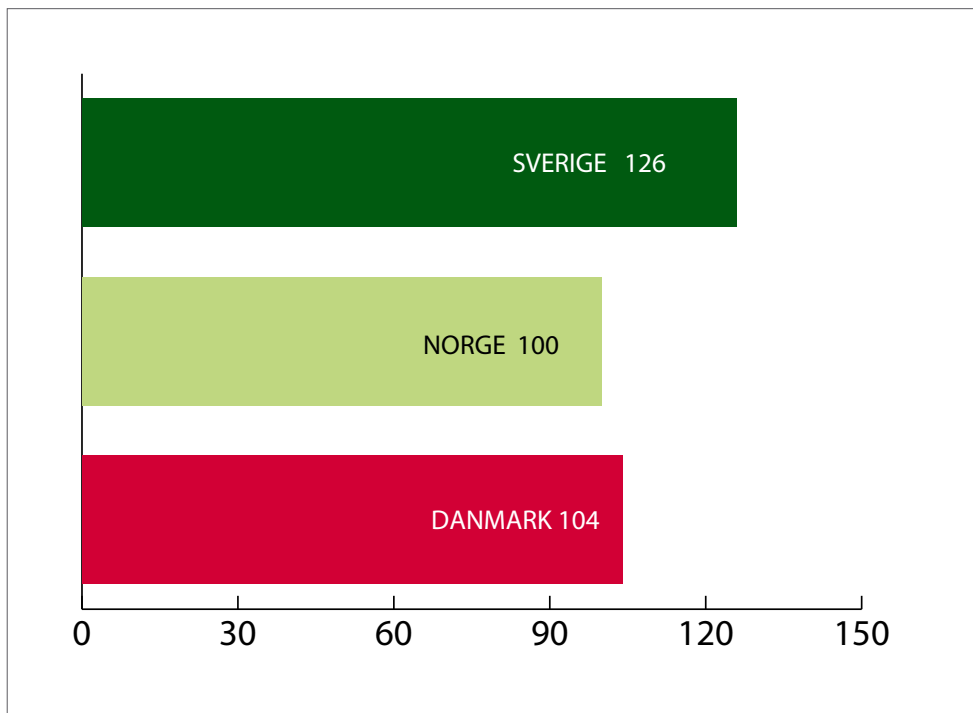
I IMS Healths rapport fra juni 2007 ble det også undersøkt hva det norske forbruket av generiske legemidler innenfor trinnprissystemet ville ha kostet dersom man la svenske eller danske priser til grunn. Undersøkelsen viste at det norske forbruket ville kostet 4 pst mer med danske priser, og 26 pst mer med svenske priser, jf figur 12.

På oppdrag fra den svenske staten beregnet analysebyrået Econ Pöyry mot slutten av 2007 effekten av å innføre et trinnprissystem etter norsk modell med norske priskuttsatser i Sverige. De fant at dette ville redusere prisene i Sverige med 2 prosentpoeng mer enn svenskens eget system for prisreduksjon har resultert i.

3.5 ANDRE LANDS SYSTEMER

De fleste land har en eller annen form for pris- eller refusjonsregulering på legemidler. Systemene variere mye mellom ulike land. Dette må ses i sammenheng med at rammevilkårene for øvrig kan variere, og det dermed kan være gode grunner til at de ulike landene velger ulike pris-/refusjonssystemer. Det er ikke slik at et land ved å kopiere et annet lands pris-/refusjonssystemer nødvendigvis vil oppnå samme resultater.

Figur 12 Norsk, svensk og dansk prisnivå på det norske forbruket av legemidler med generisk konkurranse – Norge = 100



4 MER INFORMASJON

Lesere som ønsker mer detaljert informasjon enn det dette heftet gir, kan laste ned utgivelsen "Apotek og legemidler 2008" fra <http://www.apotek.no/sw26836.asp>, eller bestille en trykt versjon på tlf 21 62 02 00

LEGEMIDDELMARKEDET

Apotekforeningen
Postboks 5070 Majorstuen, 0301 Oslo
telefon: +47 21 62 02 00, fax +47 22 60 81 73
e-post: apotekforeningen@apotek.no
www.apotek.no

April 2008



Apotekforeningen