



Helse- og omsorgsdepartementet

Postboks 8011 Dep

0030 OSLO

Deres ref.

Vår ref.  
13/186-2/OT/

Dato:  
25.10.2013

## Høringsuttalelse - forslag til endringer i prising av byttbare legemidler og apotekenes maksimalavanse ved salg av legemidler

Apotekforeningen viser til Helse- og omsorgsdepartementets brev av 13. september 2013 med forslag til endringer i prising av byttbare legemidler og apotekenes maksimalavanse ved salg av legemidler. Nedenfor følger Apotekforeningens uttalelse.

### Apotekforeningen mener:

- **Det er riktig å kutte enkelte trinnpriser, samt gjøre apotekenes maksimalavanser mer degressiv**
- **Det er galt å la forslagene gi netto kutt i apotekenes inntjening, da apotekenes lovpålagte oppgaver ikke reduseres med forslaget**
- **Apotekavansen må dekke kostnader ved resepthåndteringen, samt gi grunnlag for rimelig avkastning**

## 1. Innledning

Avansestrukturen i apotek på reseptpliktige legemidler kan med fordel endres, slik at avansen dekker kostnadene som følger av apotekets arbeid med reseptekspedisjon. Det er fornuftig å flytte inntjening i apotek fra trinnprisområdet til øvrig reseptpliktig omsetning. Helse- og omsorgsdepartementets forslag går i den retning. Dette er en positiv ansats.

Helse- og omsorgsdepartementet bygger forslaget om reduserte trinnpriser på en analyse som viser at prisnivået for disse legemidlene er lavere i Sverige enn i Norge, mens andre reseptpliktige legemidler er billigere i Norge enn i Sverige. Samtidig er den myndighetsfastsatte apotekavansen utenfor trinnprissystemet så mye lavere enn i Sverige at foreliggende prissammenlikninger ikke gir grunnlag for i sum å redusere apotekenes inntjening i Norge. Apotekforeningen er derfor skuffet og negative til at det legges opp til å redusere distribusjonsleddets (apotek og grossists) inntekter med 84 mill kroner. Vi kan ikke se noe i høringsnotatet som begrunner hvorfor det er nødvendig eller riktig med en slik reduksjon.

Det er påtakelig at saken er innvilget 6 ukers høringsfrist, med høringsfristutløp etter at statsbudsjettet er lagt fram. Det er nærliggende å tolke dette som et signal om at uansett hva høringsrunden avdekker, skal kutteffekten bli som beskrevet i Prop. 1 S (2013 – 2014). Sammen med feilene som allerede er avdekket i beregningsgrunnlaget, viser det at saken er fremmet for raskt. Saken var ikke ferdig utredet før endringsforslag ble fremmet for Stortinget. Her burde man bevilget seg bedre tid til utredning, og også innvilget en høringsfrist som ville gjort det mulig å ta hensyn til de innspill høringsinstansene gir.

## **2. Prinsipielt om maksimalavanser**

Apotekforeningen savner en overordnet drøftelse fra Helse- og omsorgsdepartementets side om formålet med avansereguleringen og hvilke vurderingskriterier som skal legges til grunn i avansevurderingen.

Høringsnotatet begrenser formålsbeskrivelsen til å være lavest mulig priser. Prismålet begrenses av hensynet til å sikre befolkningen tilgang til effektive legemidler, samt tilbud av gode farmasøytiske tjenester.

Apotekforeningen går ut fra at man med priser i denne sammenheng mener lavest mulig utsalgspris fra apoteket, ikke innkjøpspris til apotek. Prismålet er således ivaretatt av trinnpriser og maksimalpriser. Dermed er det naturlig å legge andre kriterier til grunn ved fastsettelse av apotekenes maksimalavanser. Kostnadsdekning i apotek er et helt opplagt kriterium. Uten minst kostnadsdekning, vil apotek over tid måtte minimere tidsbruken på legemiddelhåndteringen fordi man må vektlegge annet salg for å lønne sine ansatte. Det rimelige kriteriet er derfor kostnadsdekning pluss en komponent som gir grunnlag for kapitalavkastning til eierne.

Helse- og omsorgsdepartementet må tydeliggjøre formål med og kriterier for statlig bestemte maksimalavanser i apotek. Over tid har departementet og Legemiddelverket i forskjellige sammenhenger kommet med en rekke utsagn om hvilke kriterier som legges til grunn ved fastsettelse av maksimalavanse. Vi savner en samlet oppstilling av disse, samt innbyrdes rangering av kriteriene. I dag synes kriteriene å være til dels innbyrdes motstridende. På den ene siden skal avansen dekke kostnader forbundet med lovpålagte oppgaver. På den annen side ser departementet på inntjeningen også i grossistleddet når maksimalavansene fastsettes. Hva hvis avansen ikke dekker kostnadene, og apotekkjedene oppnår gode resultater grunnet økte priser på handelsvarer? Hvilket kriterium skal gis forrang? Skal man fravike krav til kostnadsdekning i apotek dersom grossistene et år får ekstra godt resultat grunnet salg av eiendom eller liknende?

## **3. Nivå på priser og avanse i Norge, Sverige og Danmark**

I høringsnotatets kapittel 5.1 skriver Helse- og omsorgsdepartementet følgende om nivå på pris og avanse på legemidler i Norge:

«En vurdering av om prisnivået er riktig, må baseres på en samlet vurdering av pris og avanse for både byttbare og ikke-byttbare legemidler.»

Apotekforeningen er enig med Helse- og omsorgsdepartementet at det er en vurdering av apotekenes samlede inntjening på byttbare og ikke-byttbare reseptpliktige legemidler som skal ligge til grunn for avansefastsettelse.

Vi merker oss at Helse- og omsorgsdepartementet i kapittel 5.4.3 skriver at «Det er lite relevant å sammenlikne apotekavansen i Danmark og Norge, fordi strukturen i bransjen er svært forskjellig.». Departementet er på rett spor når det i høringsnotatet drøfter effekten av lønnsforskjeller mellom land ved vurdering av prisnivå, og begrunner hvorfor det ikke er realistisk med priser på svensk og dansk nivå. Avansen skal dekke kostnader i norske apotek. Det høyere norske lønnsnivået må således påvirke det norske avansenivået. Her merker vi oss at departementet selv skriver at svenske avanseregler anvendt i Norge ville gitt 8 kr mer i avanse pr pakning. Ergo ville norske apotek tjent over 400 mill. kroner mer ved bruk av svenske avanseregler. I lys av at norske lønninger og kostnadsnivå for øvrig er høyere enn i Sverige, indikerer dette at avansenivået i Norge er urimelig lavt.

#### **4. Utviklingstrekk og rammebetingelser for apotek i Norge**

Apotekforeningen deler Helse- og omsorgsdepartementets vurdering i kapittel 6.1 av at vertikal integrasjon og etablering av apotekkjeder har effektivisert apotekdriften. Uten denne effektiviseringen ville det ikke vært grunnlag for så store priskutt på trinnprisområdet. Ei heller ville det vært grunnlag for like mange apotek. Departementet skriver videre i høringsnotatet at en stadig større andel av apotekenes overskudd stammer fra handelsvaresalg som ikke er underlagt pris- eller avanseregulering. Her savner vi en nærmere analyse i høringsnotatet.

Øvrige deler av kapittel 6 er mangelfull. Fremstillingen av utviklingen i apotekenes rammebetingelser gir på ingen måte et dekkende inntrykk av hva som har skjedd på området de siste årene. Avanseendringen i 2009 er ikke nevnt. Ei heller trinnpriskutt på flere hundre millioner kroner siden 2006. Veksten i de lovpålagte pensjonskostnadene anslås av Virke til å være ca 160 mill kroner. Dette er utgifter pålagt apotekene i lov. Siden avansen skal dekke kostnader til lovpålagte oppgaver, er dette en opplysning som definitivt hører hjemme i en samlet fremstilling.

Ifølge Legemiddelverkets statistikk, gikk 25 pst av landets private apotek med underskudd i 2011. Den samme statistikken ser også hen til inntjening i grossistledet, begrunnet i at integrasjonen gjør dette nødvendig for å få et bilde av økonomien i næringen. Hensynet til frittstående apotek synes ikke å tillegges vekt, verken av Legemiddelverket eller departementet. I den forbindelse minner vi om St.meld. nr. 18 (2004–2005) Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk – Legemiddelpolitikken, s 87:

«Dagens marked for distribusjon av legemidler domineres av tre store aktører som eier både grossist og apotek. Etter departementets vurdering må imidlertid rammebetingelsene innrettes på en måte som gjør det mulig å drive apotekvirksomhet uten tilknytning til de tre kjedene. Innsyn i selvstendige apoteks drift kan også gi nyttige korrektiver for myndighetenes regulering og oppfatning av apotekøkonomien. Flere steder i landet har enkelte kjeder lokale monopoler, og selvstendige apotek kan bidra til å utfordre disse.»

Å legge inntjening i grossistledet til grunn ved vurdering av apotekenes avanse vil gå på tvers av ønsket om å ha frittstående apotek, jf. sitatet fra Legemiddelmeldingen over.

Også sykehusapotekene vil lide hvis man vektlegger grossistenes inntjening. Svekkede rammevilkår vil svekke sykehusapotekenes økonomiske mulighet til å levere gode, faglige tjenester til sykehusene. I den grad Helse- og omsorgsdepartementet vil vektlegge grossistenes inntjening ved fastsettelse av apotekavanse er det derfor svært viktig at man går grundigere inn i sykehusapotekenes rolle og økonomiske situasjon enn det man har gjort i høringsnotatet.

## **5. Departementets forslag til endringer**

### **5.1 Trinnpriser og maksimalavanser**

Apotekforeningen er enig i at det er riktig å flytte inntekter fra trinnprisområdet til øvrig maksimalavanseregulert omsetning. Sterkere grad av degressivitet innenfor det maksimalavanseregulerte området er vi også positiv til. Profilen i forslaget kan vi derfor stille oss bak.

Når det gjelder nivået på avansejusteringen, mener vi kronetillegget bør økes mer enn høringsnotatet foreslår. Høringsnotatet viser til at en justering av kronetillegget tilsvarende konsumprisindeksen fra 2001 tilsvarer 26,59 kroner i 2012. Vi tolker dette i retning at Helse- og omsorgsdepartementet mener kronetillegget bør følge konsumprisindeksen. Dermed er det uklart hvorfor kronetillegget foreslås økt til 25 kroner. Dersom konsumprisindeksen skulle vært lagt til grunn, burde man lagt på veksten i konsumprisindeks frem til 2014 og foreslått kronetillegget økt til 28 kroner.

Betraktningene rundt konsumprisindeksen tilsier også økning i A-/B-tillegget. A-/B-tillegget har stått i ro siden det ble innført i 1995. Konsumprisindeksregulering av denne tilsier et A-/B-tillegg i 2014 på 15 kroner.

Apotekforeningen er positiv til forslaget om å fastsette trinnpriser med utgangspunkt i maksimal AIP i stedet for maksimal AUP. Omleggingen vil i mindre grad true forsyningen av de aller billigste produktene. Mulighetene for negative priser forsvinner også med omleggingen.

Apotekforeningen bifaller forslaget om å øke kuttsatsene på de virkestoffene som i dag har kuttsats på 75, 80 og 91 prosent. Vi ser det også som formålstjenlig å gi en særskilt kuttsats på virkestoffet atorvastatin, slik høringsnotatet legger opp til. Feilen i beregningene som ligger til grunn for effektanslagene i høringsnotatet (jf. møtet mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Apotekforeningen 17. oktober 2013), tilsier imidlertid at det må gjøres justeringer i kombinasjonen mellom kuttsatser og avanseendringer for å nå høringsnotatets innsparingsmål. Vi forutsetter at departementet ser dette som tekniske justeringer, og at det er effektmålene om innsparing (provenyeffekt) og pris som ligger til grunn.

Departementet kunne med fordel budsjettert med at endringer i relative priser vil påvirke forbruket. Over tid vil man se økt forbruk av de billigste legemidlene. Den økte prisforskjellen kunden står overfor når denne motsetter seg bytte vil lede til færre reservasjoner mot bytte, og høyere markedsandel for det billigste alternativet. Denne effekten er dokumentert på norske data av Eivind Bøe og Trygve Kiær i en masteroppgave ved NHH våren 2013.

### **5.2 Arbeidspriser i apotek**

Regulering av slike priser og kriterier for prisfastsettelsen er beskrevet i legemiddelforskriften § 12-4 siste ledd. Forskriften sier at prisberegningen fastsettes av Statens legemiddelverk og meddeles i rundskriv. Vi kan ikke se at høringsnotatet foreslår å endre dette. Forslagene hører derfor ikke hjemme i denne høringen. Endringer i arbeidspriser etc er ren forvaltning som vi mener hører hjemme i fagetaten, ikke i Stortinget. Legemiddelverket kan fatte vedtak på disse spørsmålene helt uten videre. I stedet har Helse- og omsorgsdepartementet valgt å be Stortinget

fatte vedtak om saken, jf Prop. 1 S (2013–2014), der det under kapittel 2751 post 70 på side 209 heter at:

«Det foreslås videre å øke satsene for arbeidspris i apotek ved istandgjøring av legemidler og ved anbrudd/delutlevering.»

Det er uklart for oss om effekten av endringene er innberegnet i avansehevingen på 70 mill. kroner utenfor trinnprissystemet som Stortinget bes om å ta stilling til. Hvis det er det departementet gjør, ber man om Stortingets fullmakt til å gjøre det som allerede fremgår av legemiddelforskriften § 12-4. Vi er svært overrasket over dette. Det kan ikke være hensiktsmessig å legge opp til at Stortinget skal måtte fatte vedtak i saker som Legemiddelverket er gitt fullmakt til å fatte vedtak i.

Siden Helse- og omsorgsdepartementet har valgt å sende denne saken på høring, til tross for at justering av arbeidspriser allerede følger av legemiddelforskriften § 12-14, burde departementet ha foreslått en regel for årlig justering av godtgjørelsen. En slik regel kan f.eks være at den heretter skal økes i takt med lønnskostnadene til relevante personellgrupper i apotek.

Apotekforeningens synspunkter på de konkrete forslagene fremkommer i vedlegg.

## **6 Andre relevante forhold som ikke er berørt av høringsnotatet**

Når man først endrer regelverket for trinnpris bør man også se på andre ting som kan bidra til å styrke modellen og ivareta de hensynene som er ønskelige, som f.eks høy byttegrad, robust system, innsparing etc.

Helse- og omsorgsdepartementet bør benytte anledningen til å innføre kriterier for eksklusjon/suspensjon fra trinnprissystemet i situasjoner med leveringssvikt. Behovet for dette blir sterkere når departementet nå kutter trinnprisene. Sett fra leverandørens side blir det mer risikofyllt å være på det norske markedet fordi kostnaden ved eventuell leveringssvikt vil øke. Dette må forventes å påvirke tilstedeværelsen av generiske alternativer i Norge.

Departementets beslutning i brev av 19. desember 2012 om at det ikke skal avkreves ekstra egenbetaling når kunden motsetter seg bytte fra et produkt til trinnpris til et produkt billigere enn trinnpris, reduserer etterspørselen etter de billigste produktene. Beslutningen svekker apotekenes forhandlingsposisjon overfor leverandør fordi apoteket ikke lengre kan garantere like høy markedsandel i bytte mot lav pris. Gjennomsnittsprisen pr. solgt pakning går opp fordi salget av det billigste alternativet går ned. Departementet kan med enkle grep styrke apotekenes forhandlingsposisjon overfor leverandør, og på den måten sørge for innsparing for staten og lavere legemiddelpriser. Det eneste departementet trenger å gjøre, er å si at apoteket selv bestemmer om egenbetalingen skal fastsettes med basis i trinnpris eller maksimalpris i tilfeller der kunden motsetter seg bytte til produkt billigere enn trinnpris.

I brev av 16. september 2009 anbefalte Legemiddelverket å oppheve gevinstdelingsmodellen i legemiddelforskriftens kapittel 12. Legemiddelverket argumenterte med at endringen vil gi et regelverk mer tilpasset markedsforholdene. I brevet viser Legemiddelverket hvordan gevinstdelingsmodellen systematisk gir frittstående apotek dårligere rammevilkår enn apotek som er vertikalt integrert med grossist. Vi vil igjen minne om St.meld. nr. 18 (2004–2005) Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk – Legemiddelpolitikken, s 87:

«Dagens marked for distribusjon av legemidler domineres av tre store aktører som eier både grossist og apotek. Etter departementets vurdering må imidlertid rammebetingelsene innrettes på en måte som gjør det mulig å drive apotekvirksomhet uten tilknytning til de tre kjedene. Innsyn i selvstendige apoteks drift kan også gi nyttige korrektiver for myndighetenes regulering og oppfatning av apotekøkonomien. Flere steder i landet har enkelte kjeder lokale monopoler, og selvstendige apotek kan bidra til å utfordre disse.»

Helse- og omsorgsdepartementets utsagn i sitatet over tilsier at Legemiddelverkets forslag om å oppheve gevinstdelingsmodellen bør tas til følge. Det vil gjøre det mer attraktivt å drive frittstående apotek i konkurranse med de vertikalt integrerte kjedene.

Reservasjoner mot generisk bytte øker legemiddelutgiftene med rundt 130 mill. kroner. Her burde departementet sett på mulighetene for å redusere denne merutgiften. I lys av at endringene i trinnpriser er begrunnet ut fra prisforskjeller mellom Norge, Sverige og Danmark, og anledningen til reservasjon mot bytte i Danmark er svakere enn i Norge, burde man sett nærmere på om man kan redusere norsk reservasjonsandel ved å se hen til Danmark. Generisk forskrivning kan også være et virkemiddel å vurdere i en slik sammenheng.

## **7 Økonomiske og administrative konsekvenser**

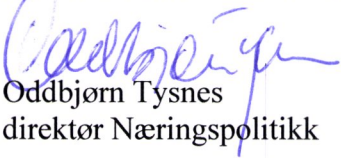
Apotekforeningen merker seg at Helse- og omsorgsdepartementet denne gang regner inn pasientens utgifter når denne reserverer seg mot generisk bytte som økt egenbetaling. Ved introduksjon og senere skjerpelser i trinnprissystemet har departementet sett bort fra denne merutgiften, da dette er merutgifter kunden aktivt velger å påføre seg selv. Det finnes alltid et likeverdig produkt tilgjengelig til trinnpris, slik at ingen påtvinges utgifter høyere enn trinnpris. Med den nye tolkningen departementet nå legger til grunn, vil eventuelle fremtidige trinnpriskutt også være å anse som økning i pasientenes egenbetaling. Den økte kostnaden pasienten velger seg ved å motsette seg bytte, må normalt forventes å lede til færre reservasjoner. Som nevnt tidligere i vår uttalelse, er det dokumentert slik sammenheng på norske data. Også dette taler for at departementet overvurderer den økonomiske effekten på pasientene.

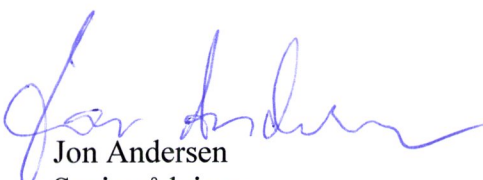
Apotekforeningen bestrider departementets nye tolkning. I seg selv gjør dette at vi bestrider departementets anslag på effekt for pasienten. I tillegg kommer effekten av at man i Legemiddelverkets opprinnelige beregninger feilaktig har lagt til grunn økte trinnpriser i de tilfeller der maksimal utsalgspris er lik trinnpris. Justerer man for denne feilen, senkes den økonomiske effekten på pasientene ytterligere.

Effekten på originalprodusenter av reduserte trinnpriser blir større enn departementet legger til grunn. I en masteroppgave ved NHH våren 2013, påviste Eivind Bøe og Trygve Kiær at originalprodusenter senker sin pris ved trinnprisreduksjoner.

Effekten på grossister og apotek er undervurdert, jf møte mellom Helse- og omsorgsdepartementet, Legemiddelverket og oss torsdag 17. oktober.

Med vennlig hilsen  
For APOTEKFORENINGEN

  
Oddbjørn Tysnes  
direktør Næringspolitikk

  
Jon Andersen  
Seniorrådgiver

## VEDLEGG

### **Arbeidspriser i apotek**

#### **Generelt**

Normalsituasjonen er at det ikke er noen prisregulering på dette området. Anbrudd etc er apotektilvirkning. Legemiddelforskriften § 12-4 første ledd sier at apotektilvirkede legemidler har fri prisdannelse.

#### **§ 12-4. Prisberegning på apotektilvirkede legemidler**

Apotektilvirkede legemidler har fri prisdannelse.

Statens legemiddelverk kan likevel fastsette maksimal pris til apotek (AIP) og fra apotek (AUP) for apotektilvirkede legemidler som bør prisreguleres på grunn av hensynet til:

- a) en forsvarlig legemiddelforsyning,
- b) befolkningens helse, eller
- c) et ensartet og rimelig prisnivå.

Statens legemiddelverk skal fastsette slik maksimalpris som nevnt i andre ledd for apotektilvirkede legemidler som en virksomhet har enerett til å produsere til lager for salg videre til apotek eller grossist. Statens legemiddelverk fastsetter hvilke virksomheter som har slik enerett.

Prisberegningen etter andre og tredje ledd fastsettes av Statens legemiddelverk og meddeles i rundskriv. Det skal tas tilbørlig hensyn til kostnadene av alle innsatsfaktorer.

Aptøekforeningen opplever imidlertid at forskriftens annet ledd er gitt anvendelse, og at det er dette som er hjemmelsgrunnlaget for dagens satser på området.

I Legemiddelverkets *Rundskriv 08-2002 Informasjon om endringer i forskrift om legemidler* leser vi følgende:

«Med hjemmel i legemiddelforskriftens §12-4 annet ledd, bokstav c) prisreguleres følgende apotektilvirkede legemidler:

- Istandgjøring/oppløsning av ikke bruksferdige farmasøytiske spesialpreparater, inkludert eventuelt vann/oppløsningsmiddel, for hver utlevert pakning kr. 22,-.
- Ved salg av farmasøytiske spesialpreparater i anbrudd, tas den forholdsmessig prisen på anbruddsmengden ut fra utsalgsprisen (ekskl. MVA) for en pakning av passende størrelse med et tillegg på 50 %. Det regnes ingen ytterligere tillegg. Minste salgspris ved anbrudd kan settes til kr. 15,-. Hvis det ved anbrudd leveres en mengde som svarer til mengden i en registrert pakningsstørrelse, må det ikke tas høyere pris enn prisen for denne pakningsstørrelse.»

Av dette leser vi at Helse- og omsorgsdepartementet må endre godtgjørelsen. Vi betrakter stillstand i godtgjørelsen siden 2002 å være i strid med legemiddelforskriften § 12-4 tredje ledd.



I det siste rundskrivet fra Legemiddelverket knyttet til denne forskriftsbestemmelsen ([http://www.legemiddelverket.no/upload/26982/Om%20apotekavanse\\_2012.pdf](http://www.legemiddelverket.no/upload/26982/Om%20apotekavanse_2012.pdf)) leser vi følgende:

Anbruddssatsene er pr dato som følger:

- Istandgjøring/oppløsning av ikke bruksferdige farmasøytiske spesialpreparater, inkludert eventuelt vann/oppløsningsmiddel, for hver utlevert pakning kr. 22,-.
- Ved salg av farmasøytiske spesialpreparater i anbrudd, tas den forholdsmessig prisen på anbruddsmengden ut fra utsalgsprisen (ekskl. MVA) for en pakning av passende størrelse med et tillegg på 50 %. Det regnes ingen ytterligere tillegg. Minste salgspris ved anbrudd kan settes til kr. 15,-. Hvis det ved anbrudd leveres en mengde som svarer til mengden i en registrert pakningsstørrelse, må det ikke tas høyere pris enn prisen for denne pakningsstørrelse.

Maksimalavanse ved anbrudd og istandgjøring er ifølge nevnte rundskriv hjemlet i bokstav c) over. Apotekforeningen merker seg tredje ledd i legemiddelforskriften § 12-4, der det heter at «**det skal tas tilbørlig hensyn til kostnadene av alle innsatsfaktorer**». Dette må bety årlig oppjustering av godtgjørelsen, der lønnsutviklingen til relevant personell er en vesentlig faktor. Selv om vi er positiv til at Helse- og omsorgsdepartementet foreslår økninger, er det umulig for oss å si om departementets forslag er i tråd med vilkåret forskriften setter. Her er høringsnotatet for lite spesifisert.

## Enkel istandgjøring

I høringsnotatet foreslår Helse- og omsorgsdepartementet en arbeidspris på 30 kroner, og at dette krever 5 – 10 minutter arbeid. Legger man til grunn en tidsbruk på 5 minutter, gir dette en timepris på 360 kroner, mens 10 minutter gir en timepris på 180 kroner. Apotekforeningen mener dette er svært lave anslag på timepris – langt unna faktisk timekostnad.

Gitt Helse- og omsorgsdepartementets timeprisforutsetninger, må den gjennomsnittlige tidsbruken ligge vesentlig nærmere 5 minutter enn 10 minutter, da en timepris på 180 kroner er lavere enn lønnskostnadene til den lavest prisede arbeidskraften i apotek, jf. tallene Legemiddelverket la til grunn i tabellen nedenfor:

	Månedslønn	Lønn +
Månedslønn	inkl. sos.kostn.	sos.kostn per time
Gjennomsnittlig månedslønn for apotekansatt cand.pharm. Uten lederansvar*:	40297	49968
Gj.sn. Månedslønn for apotekansatt reseptar/bachelor uten lederansvar*:	36391	45125
Apotektekniker med 4 års ansiennitet**:	23333	28933
Sosiale kostnader (14,1 % arb.giv.avgift + pensjon):	24 %	
Arbeidstid i apotek 37,5 timer/uke:	150 timer/måned	

\*NFFs lønnsstatistikk 2011

\*\*Protokoll fra tariffrevisjon mellom Virke og Farmasiforbundet mai 2012

Legemiddelverkets anslag undervurderer kostnadene av minst tre årsaker. De:

- a) forutsetter pensjonskostnader på 9,9 prosent, der realiteten er 15-16 prosent
- b) bruker lønnsdata fra 2011 uten å fremskrive disse til 2014
- c) ser bort fra lønnsdata for ansatte med lederansvar

Legger man til grunn korrekte pensjonstall og en lønnsvekst på 3,5 pst slik forutsatt i statsbudsjettet for 2014, finner vi at timesatsene må være minst 16 prosent høyere enn Legemiddelverket la til grunn. En naturlig følge av dette bør være at departementet oppjusterer sitt forslag til anbruddspris med minst 16 prosent til 35 kroner. Fortsatt er dette en altfor lav prising, da man systematisk ser bort fra bruken av den dyreste arbeidskraften: farmasøyter med lederansvar. Dessuten tar man ikke tilstrekkelig hensyn til at istandgjøring er å anse som tilvirkning i apotek, hvilket krever farmasøytikkontroll. I lys av hva man ellers erfarer å måtte betale i timepris for tjenester i helsevesenet, andre tjenestenæringer eller håndverkeryrker, fremstår timesatser på de nivåer departementet implisitt legger til grunn aldeles urimelige.

### **Anbruddspris**

Det er uklart hvorfor Helse- og omsorgsdepartementet ikke følger Legemiddelverkets tilråding. Legemiddelverket foreslo et kronetillegg på 35 kroner, mens departementet foreslår 25 kroner. Apotekforeningen savner en redegjørelse for dette, herunder beskrivelse av hvordan man her har tatt tilbørlig hensyn til kostnadene av alle innsatsfaktorer, slik legemiddelforskriften § 12-14 krever. Siden Legemiddelverket og departementet opplagt vurderer konsekvensen av forskriftskravet ulikt her (ulikt nivå på godtgjørelsen), burde departementet redegjøre nærmere hvorfor de kom til et avvikende syn basert på samme forskriftskrav.

### **Delutlevering**

Det er uklart for oss hvilke krav som stilles til apoteket ved delutlevering. Blant uavklarte spørsmål er:

- Hvilke krav stilles til apotek ved delutlevering mht krav til merking av hver istandgjorte enkeltdose og krav til dokumentasjon av istandgjøringen/"anbruddet" som utføres, jf sporbarhet osv?
- Når det utleveres flere separat istandgjorte enkeltdoser: skal det da tas ett delutleveringsgebyr pr istandgjort dose eller ett gebyr for den samlede utlevering av flere separat istandgjorte doser?
- Når det ved utlevering av buprenorfin i LAR utleveres både 2 mg tablett og 8 mg tablett (gjennomsnittdose er 18 mg hvilket utgjør 2 tablett på 8mg + en tablett på 2 mg): - skal det da tas ett delutleveringsgebyr eller to gebyr fordi det er to ulike pakninger som anbrøytes – altså i praksis dobbel merke- og dokumentasjonsjobb?

Innholdet og omfanget av slike krav styrer kostnadene apotekene har til delutleveringer. Ved fastsettelse av godtgjørelse skal det tas tilbørlig hensyn til kostnadene. Kostnadene er ikke godt nok belyst i høringsnotatet. De 10 kronene som foreslås fremstår imidlertid som svært lavt.

## Nødekspedisjon

Utleveringsforskriften gir apotek anledning til nødekspedisjon under nærmere angitte vilkår.

### § 7-3. Ekspedisjon av mangelfull resept m.v. (nødekspedisjon)

Når det anses påkrevet og reseptutsteder ikke kan treffes, kan apoteket ekspedere legemidler én gang etter resept som er avfattet i strid med noen av bestemmelsene i kap. 3, 4 og 5. Det samme gjelder dersom resepten eller reiterasjonen er foreldet, jf. § 3-4, og også dersom pasienten ikke besitter resepten på ekspedisjonsstedet.

Ved ekspedisjon etter første ledd skal det ikke utleveres større mengde av legemidlet enn nødvendig inntil reseptutsteder kan treffes og feilen rettes.

Ekspedisjon etter denne paragraf skal dokumenteres særskilt i apoteket, jf. § 9-4, og påføres resepten dersom en resept har tjent som grunnlag for nødekspedisjonen.

Det er et paradoks at nødekspedisjon fremstår som et billigere alternativ for kunden, da kunden ikke vil få noen ekstra utgifter forbundet med ekspederingen. Å fremskaffe en gyldig resept ville måtte innebære kontakt med lege, med dertil tilhørende utgift.

Nødekspedisjon påfører apotekene merarbeid og dermed merkostnader. Å innvilge apotek ekstra betaling for nødekspedisjon vil ha gunstig insentiveffekt for pasienten samtidig som det styrker kostnadsdekningen i apotek. Hvis pasienten må betale ekstra for nødekspedisjon, vil det fremstå mindre lønnsomt for pasienten eventuelt ikke å ha gyldig resept. Insentivene vil trekke i retning av at flere av de som i dag mottar nødekspedisjon vil oppsøke lege. Sistnevnte er å foretrekke, da reseptpliktige legemidler normalt skal utleveres etter gyldig resept, hvilket fordrer kontakt med lege. Sett i dette lys er Apotekforeningen overrasket over at Legemiddelverket ikke vil innvilge apotek særskilt godtgjørelse ved nødekspedisjon. Som et minimum bør godtgjørelsen være slik at apotek rent økonomisk er indifferent i valget mellom å foreta en nødekspedisjon og å kreve resept før utlevering finner sted. Med en slik godtgjørelse er man sikret at apotekets vurdering av behovet for nødekspedisjon skjer på rent faglig grunnlag, upåvirket av økonomiske forhold. Det var nettopp Legemiddelverkets ubegrunnede frykt for at apotek skulle la økonomiske forhold påvirke det reelle behovet for nødekspedisjon de brukte som argument for ikke å ville gi egen godtgjørelse for nødekspedisjon.