



Apotekbransjens forventninger til legemiddelmeldingen

En oppsummering av Apotekforeningens innspill

Apotekbransjen og Apotekforeningen har store forventninger til den varslede stortingsmeldingen om legemiddelpolitikken. Vi vil i dette brevet oppsummere våre innspill, vurderinger og forventninger.

Apotekforeningen forventer at den kommende legemiddelmeldingen blir det viktigste politiske dokumentet for legemiddelbrukere og apotek i dette tiåret. Derfor er det avgjørende at meldingen er konkret på nye tiltak som kan sikre pasientene optimal legemiddelbehandling. Vi er overbevist om at en del av tiltakene må ta utgangspunkt i at apotekene kan gi et større bidrag til riktig legemiddelbruk, og at apotekfarmasøytene gjennom riktige incentiver kan målrette innsatsen mot utsatte pasientgrupper.

Stortingsmeldingen må gi klare svar på hvilken rolle apotekene skal spille i primærhelsetjenesten og hvordan man politisk vil prioritere innsatsen for bedre etterlevelse av legemiddelbehandling. Det er også avgjørende for å oppnå best mulig behandling, at det utvikles nye løsninger for samling og deling av legemiddelinformasjon. Dessuten må meldingen drøfte befolkningens tilgjengelighet til legemidler, både i apotek og utenom. Meldingen må gjennomgå behovet for endringer i struktur og nivå på apotekavansen og finansieringen av nye farmasøytiske tjenester i apotek.

1 Apotekenes rolle i helsetjenesten

Apotekansatte er helsepersonell, og apotek er en del av helsetjenesten. Bare farmasøyter har ekspedisjonsrett, farmasøyt skal være til stede i hele arbeidstiden, og alle apotek må skaffe alle legemidler innen 24 timer. Apotek er lett tilgjengelig lavterskel helsetilbud over hele landet, med 3.000 farmasøyter og totalt 7.000 helsepersonell, fordelt på 800 steder.

Apotekforeningen mener at kvalitetskravene til apotek må beholdes. Apotekbransjen og myndighetene må samarbeide slik at norske pasienter får god tilgjengelighet til legemidler og god hjelp til å bruke dem. Apotekenes viktigste samfunnsoppdrag er at apotekene i tråd med apotekloven og annet regelverk, skal sørge for at pasientene får de legemidlene de skal ha, og hjelpe pasientene med å bruke legemidlene riktig. Apotekene skal utføre dette arbeidet slik at

- Pasientene får utlevert kvalitetssikrede legemidler med riktig form, styrke og mengde
- Det er høy forsyningsikkerhet og god tilgjengelighet til legemidler over hele landet
- Pasientene får god hjelp til å bruke legemidlene riktig, gjennom personlig informasjon, råd og veiledning fra helsepersonell i apoteket
- Apotekene er en del av helsetjenesten og skal samarbeide med øvrig helsepersonell for å bidra til økt pasientsikkerhet og riktig bruk av legemidler

Apotekforeningen mener:

Meldingen må være konkret på nye tiltak for riktig legemiddelbruk.

De grunnleggende kvalitetskravene til apotek må ligge fast.

Apotekforeningen forventer at Legemiddelmeldingen tar opp apotekenes rolle i helsetjenesten. Apotekene kan spille en langt viktigere rolle i arbeidet for riktig legemiddelbruk, og kompetansen og tilgjengeligheten kan utnyttes på flere måter. På samme måte som i andre deler av helsetjenesten må ny satsing være fulgt av finansiering for at den skal kunne realiseres.

2 Riktig legemiddelbruk

Det er godt dokumentert at svært mange pasienter ikke bruker legemidler slik de skal¹. Dermed oppnås ikke den ønskede effekten av behandlingen. Problemet er fremtredende også i andre europeiske land. Så lenge effektive virkemidler ikke blir tatt i bruk, går samfunnet glipp av en betydelig helsemessig og samfunnsøkonomisk gevinst.

Helse- og omsorgsdepartementet har beskrevet problemene med feil legemiddelbruk i flere tidligere meldinger og rapporter. De konkrete helseproblemene som følge av feil legemiddelbruk er beskrevet slik²:

- 2000 dødsfall
- 15 000 invalidiserende skader
- 490 000 ekstra liggedøgn (på sykehus)

Etterlevelsen er spesielt dårlig på forebyggende behandling, som for eksempel høyt kolesterol og høyt blodtrykk. Forebyggende astmabehandling er et annet område med svak etterlevelse. Manglende etterlevelse starter svært ofte tidlig i behandlingen. De som treffer legemiddelbrukeren jevnlig samarbeider i liten grad om et helhetlig tilbud.

2.1 Mer aktiv bruk av reseptekspedisjonen for å fremme riktig legemiddelbruk

Når pasienten kommer på apoteket for å få utlevert et reseptpliktig legemiddel skal han få nødvendig informasjon fra farmasøyten som er ansvarlig for utleveringen. I ekspedisjonen kan det avdekkes uheldige forhold, som f.eks. interaksjoner. Men mye av tiden i reseptekspedisjonen brukes til å sikre at pasienten får utlevert nøyaktig det legemiddelet som er forskrevet, at ekspedisjonen blir riktig dokumentert og rapportert, at det er grunnlag for eventuell refusjon, at egenandel er beregnet riktig og andre forhold som ikke går direkte på å sikre riktig legemiddelbruk.

Kundemøtet i apotek kan utnyttes bedre for å få til en mer riktig legemiddelbruk. Det kan skje ved å gi rom for farmasøyten til å bruke mer tid på pasienten gjennom en heving av apotekavansen, og/eller gjennom spesifiserte tjenester rettet mot de målgruppene som har størst behov for hjelp.

Apotekforeningen mener:

Legemiddelmeldingen må tydelig fastslå apotekenes rolle i helsetjenesten, slik den er beskrevet her.

Kundemøtene i apotek må brukes bedre for å oppnå riktig legemiddelbruk.

¹ se bl.a. Meld. St. 10 (2012-2013), God kvalitet – trygge tjenester

² Helse- og omsorgsdepartementet: Forløpsgruppe riktig legemiddelbruk. Mai 2009

2.2 Nye farmasøytjenester i apotek

Departementet er godt kjent med at Apotekforeningen nå gjennomfører det nasjonale prosjektet Medisinstart. Dette er en vitenskapelig kontrollert studie av en tjeneste, der nye legemiddelbrukere følges opp gjennom oppstartssamtale og påfølgende oppfølgingssamtale. Tjenesten bygger på den engelske tjenesten New Medicines Service, som har vist svært gode resultater.

Hvis resultatene av Medisinstart er positive, må dette bli en tjeneste som blir tilgjengelig for flere pasientgrupper i Norge, finansiert av Folketrygden.

Andre tjenester som kan bidra til riktigere legemiddelbruk og som kan innføres i apotek er

- Ekstra pasientopplæring i legemiddelbruk, f.eks. for astma- og KOLS-pasienter
- Legehenviing til utvidet veiledning eller opplæring for pasienter som etter legens skjønn har spesielt behov for det
- Legemiddelsamtale

I tillegg til slike nye tjenester bør HOD gjøre en gjennomgang av de pasientgruppene med størst behov for hjelp til riktig legemiddelbruk, med en vurdering av hvordan de raskt kan få hjelp innenfor etablerte tilbud.

2.3 Farmasøyter i spesialisthelsetjenesten

Klinisk farmasi er et nyttig tiltak for å bedre legemiddelbruken, særlig i spesialisthelsetjenesten. Det er viktig å avklare rollen til den kliniske farmasøyten i det tverrfaglige teamet.

2.4 Innovasjon av tjenester, ikke bare produkter

Innovasjon er ikke bare viktig for produkter, men også for tjenester. På legemiddelområdet er det produktinnovasjon som har bidratt til helsegevinster. Med den omfattende feilbruken og manglende etterlevelsen som er dokumentert, er det åpenbart at det er tjenesteinnovasjon som kan gi store helsegevinster fremover. Den største utfordringen er å få tilstrekkelig effekt ut av de legemidlene som brukes. Nye tjenester basert på farmasøyt kompetanse er en helt vesentlig del av svaret. I Norge er farmasøyt kompetansen i all hovedsak tilgjengelig gjennom apotek.

En satsing på nye tjenester for økt etterlevelse må først og fremst være en satsing gjennom apotek.

2.5 Apotek er viktige i utviklingen av nye kommunehelsetjenester

Utfordringen med den fremtidige mangelen på helsepersonell tilsier at apotekene med sin lett tilgjengelige legemiddelkompetanse bør mobiliseres i nye, lokale roller og samarbeidsformer.

Apotekforeningen mener:

Medisinstart må bli en nasjonal, folketrygdfinansiert tjeneste i apotek.

Pasientopplæring i riktig legemiddelbruk må prøves ut i apotek for utvalgte pasientgrupper. Fastlegen må kunne henvise til slik opplæring på apoteket.

Apotek må gjøres i stand til å utføre legemiddelsamtaler.

Bruken av kliniske farmasøyter bør økes.

Apotek må bli en viktig arena for utvikling av tjenester for riktig legemiddelbruk.

Landets nær 800 apotek utgjør trolig det mest tilgjengelige kompetansesenteret for pasienter i primærhelsetjenesten. De fleste kommuner har ett eller flere apotek.

Kommunene må stimuleres til å ta i bruk apotekene som lokale lærings- og mestringssentre på legemiddelområdet, om mulig i tverrfaglige samarbeidsformer eller team.

Hovedformålet med å mobilisere apotekene i denne rollen må være å sikre at hjemmeboende eller institusjonsboende pasienter med særskilte behov for hjelp til å sikre at foreskrevne legemidler blir brukt riktig.

2.6 Multidose

Multidose kan være et nyttig og effektivt tiltak for mange pasienter for riktig legemiddelbruk. Både hjemmeboende og pasienter på institusjon kan ha nytte av multidose. I tillegg blir det mindre kassasjon og dermed lavere legemiddelkostnader ved multidose. For å gjøre multidose mer tilgjengelig bør kostnadene ved multidosepakking finansieres av folketrygden.

2.7 Virkestofforskrivning

Av hensyn til pasientsikkerhet bør virkestofforskrivning innføres.

2.8 Satsing på ehelse for riktig legemiddelbruk

Kontaktpunktet for tverrfaglig legemiddelinformasjon har i sin rapport til Helse- og omsorgsdepartementet gitt en redegjørelse for utfordringer innen informasjons- og beslutningsstøtte for diagnostikk, behandlingsvalg, oppfølging og etterlevelse av legemiddelbehandling. Deres konklusjon er at det er mangelfull informasjon om legemiddelbruk, liten tilgang på systemer og relevant legemiddelinformasjon, og liten grad av standardisert og samordnet legemiddelinformasjon.

Vi støtter kontaktpunktets vurdering av dagens situasjon. For apotekene betyr dette blant annet at faglige kontroller kun kan skje på basis av lokalt lagret informasjon om tidligere ekspedisjoner i eget apotek. Dette medfører at viktige legemiddelrelaterte problemer kan oversees. I tillegg vil mangel på en felles autoritativ kilde over legemiddelinformasjonen legge begrensninger på samhandling mellom helseaktørene og utvikling av nye helsetjenester, som for eksempel Medisinstart.

For å oppnå dette bør det legges til rette for følgende:

- Det bør etableres et systematisk og nasjonalt styrt arbeid med å utforme felles mål for utvikling, forvaltning og bruk av legemiddelinformasjonen. Alle helseaktørene bør være representert i arbeidet.
- Den samme oppdaterte oversikten over legemiddelinformasjon og -bruk skal følge pasienten gjennom hele pasientforløpet.
- Legemiddelinformasjonen bør danne grunnlaget for bestilling av legemidler og nye tjenester i apotek.

Apotekforeningen mener:

Kommunehelsetjenesten må stimuleres til å bruke apotek som lærings- og mestringssentre på legemiddelområdet.

Multidosepakking må finansieres av folketrygden.

Det må opprettes en løsning for komplett oversikt over pasientens legemiddelbruk.

Helsepersonell i apotek må kunne oppdatere pasientens legemiddelinformasjon.

Pasienten må selv kunne bestemme hvem som skal få tilgang til sin legemiddelinformasjon.

Legemiddelinformasjon må brukes for å lage nasjonale kvalitetsindikatorer.

- Legemiddelinformasjonen bør gi et felles og oppdatert bilde ved endringer, justeringer, seponeringer m.m.
- Legemiddelinformasjonen skal kunne være tilgjengelig for helsepersonell uavhengig av lokasjon.
- Alle helseaktører bør ha muligheten til å oppdatere legemiddelinformasjonen i henhold til de oppgaver de kan/skal utføre. Dette gjelder både ved oppdatering av informasjonen ved forskrivning og uthenting, men også ved gjennomføring av legemiddelsamtaler og øvrige tjenester.
- Den oppdaterte legemiddelinformasjonen bør være umiddelbart tilgjengelig for alle relevante helseaktører og integrert i deres respektive systemer, eventuelt i ett felles nasjonalt system. Systemene bør legge til rette for at pasienten selv kan bestemme hvem som får tilgang til å få tilgang til relevant helseinformasjon.
- Det bør være mulighet for beslutningsstøtte i alle systemer som tar utgangspunkt i den felles oppdatert legemiddelinformasjonen.
- Legemiddelinformasjon bør danne grunnlaget for nasjonale indikatorer om kvalitet i legemiddelbehandlingen. Dette gir mulighet for felles læring og kontinuerlig forbedring av pasientforløpet og behandlingsresultat.

Apotekforeningen mener:

3 Gode utdanninger som gir riktig kompetanse

Utdanningene til apotekansatte skal ha høy kvalitet og gi riktig kompetanse, slik at de har et best mulig grunnlag for å hjelpe kundene til å bruke legemidler riktig. Apotekene vil ha god tilgang på farmasøyter og apotekteknikere.

Farmasiutdanningene er vedtatt endret til en «3+2-modell» med bachelor- og mastergrad i farmasi. Apotekteknikerutdanningen er et treårig skoleløp i videregående skole, der det siste året er spesialisering som apotektekniker. Apotekbransjen har selv bygget opp og finansiert et omfattende etter- og videreutdanningstilbud basert på e-læring.

Det er behov for flere studieplasser for å redusere farmasøyt mangelen, og det er behov for fullfinansiering av studieplassene.

Apotekteknikerutdanningen bør endres innenfor et treårig skoleløp i videregående skole, slik at elevene spesialiseres som apotekteknikere både i 2. og 3. skoleår.

Det er viktig at de økonomiske rammebetingelsene for apotek utvikler seg slik at de gir godt grunnlag for et bredt etter- og videreutdanningstilbud.

Det trengs flere farmasi-studieplasser.

Apotekteknikerutdanningen må spesialiseres allerede i vg2.

4 God og trygg tilgjengelighet til legemidler og farmasøytiske tjenester

Apotekdekningen er nå god i Norge. Etter at det i 2001 ble åpnet for fri etablering og eierskap, er antall apotek fordoblet. Veksten har skjedd over hele landet, både i og utenfor storbyer. Best apotekdekning er det i dag i Agder-fylkene og Nord-Trøndelag. Samtidig har det skjedd en sterk økning i tallet på farmasøyter i apotek. Mens det i 2001 var ca 1.700 farmasøyter og 4.100 apotekteknikere i apotekene, er det tilsvarende tallet i 2014 nær 3.100 farmasøyter og 3.800 apotekteknikere.

Sammenlignet med 2001 er også åpningstidene betydelig lenger. Tilgjengeligheten til apotek er derfor god – apotek er blitt et lett tilgjengelig lavterskel helsetjenestetilbud.

I tillegg til dette har HOD varslet at det vil bli åpnet for internettapotek, på den måten at det ikke lenger vil være begrensning for apotekene i å tilby og sende reseptlegemidler også utenfor sitt nærområde.

4.1 Balanse mellom tilgjengelighet og trygghet

God tilgjengelighet til legemidler er en fordel, så lenge økt tilgjengelighet ikke innebærer redusert trygghet eller større risiko for feil legemiddelbruk.

HOD og Legemiddelverket må være svært bevisst på balansegangen mellom tilgjengelighet og trygghet. Trygge tiltak som gir bedre tilgjengelighet bør innføres, mens det må vurderes nøye om man faktisk skal innføre bedre tilgjengelighet i form av tiltak med høy risiko for feil legemiddelbruk.

4.2 Farmasøytpliktige legemidler

Innføring av farmasøytpliktige legemidler kan være et eksempel på at tilgjengeligheten kan bedres uten at tryggheten svekkes. De fleste reseptlegemidler skal fortsatt forskrives bare av lege, men for en del legemidler kan det det være trygt å overlate forskrivningen til farmasøyter. For andre reseptlegemidler vil det være trygt at farmasøyten kan fornye resepter, men ikke ha rett til å forskrive til første gangs bruk.

Det bør innføres en ordning med farmasøytpliktige legemidler. Apotekforeningen har tidligere gitt HOD forslag om hvilke legemidler som kan inngå i en slik ordning.

Innføring av utleveringsvilkår for bestemte reseptfrie legemidler er et annet eksempel på en god balansegang mellom tilgjengelighet og trygghet. Enkelte legemidler er i dag gjort reseptpliktige fordi pasienten må få en bestemt informasjon om bruken av dem, som f.eks. enkelte typer betennelsesdempende gel.

Enkelte reseptpliktige legemidler kan gjøres reseptfrie, men kan ha krav om oppbevaring bak disk og at det gis en obligatorisk informasjon ved utlevering. Andre legemidler kan opprettholde sin

Apotekforeningen mener:

Det bør innføres en ordning med farmasøytpliktige legemidler.

status som reseptfrie, men det kan sikres bedre kontroll ved å underlegge dem et slikt regime.

4.3 Videre utvikling av LUA-ordningen

Salg av legemidler utenom apotek («LUA-ordningen») innebærer også en balansegang mellom tilgjengelighet og trygghet. I høringsdokumentet som ble laget om innføring av LUA-ordningen er det første kriteriet for hvilke legemidler som kan inngå slik: «*den enkelte har god mulighet til selv å diagnostisere symptomer og tilstand, vurdere indikasjon for behandling, terapeutisk effekt og sikkerhet.*» Dette er strukket svært langt når de siste legemidlene som er inkludert i ordningen er glukosamin og protonpumpehemmere. Departementet uttalte i høringsdokumentet i 2003 at en evaluering av ordningen ville bli gjort i løpet av to år.

Det samme høringsdokumentet uttalte følgende:

«Legemiddelverket antar at befolkningen vil oppfatte reseptfrie legemidler solgt utenom apotek som mindre farlige enn de som bare kan omsettes fra apotek. Slik "ufarliggjøres" legemidlene. Dette kan medføre en faglig ubegrunnet forbruksvekst, og dermed et mindre rasjonelt legemiddelforbruk. Legemiddelverket anbefaler derfor at man stiller relativt strenge krav til eksponering og utlevering av legemidlene.»

Det må gjennomføres en evaluering av LUA-ordningen. Det er rimelig å forvente at Legemiddelmeldingen drøfter LUA-ordningen.

Å flytte enda flere legemidler over i selvvalgshyllene i butikkene vil gi merkbar økt risiko for feil legemiddelbruk, uten at tilgjengeligheten for publikum blir særlig bedre.

4.4 Svekket forsyningssikkerhet

Det er økende problemer med forsyningssikkerheten av legemidler. Det skjer oftere enn før at legemiddelprodusentene ikke kan levere legemidler, og at apotekene derfor ikke kan gi pasientene det legemiddelet legen har forskrevet.

I slike situasjoner må myndighetene være raske til å finne alternativer, som import av utenlandske pakninger uten MT, anbefaling av andre legemidler osv. Det er viktig at det er et godt samarbeid mellom legemiddelprodusenter, apotek, grossister og myndigheter for å sikre norske pasienter god tilgang på legemidler også i mangelsituasjoner.

Meldingen må an vise hvordan Norge kan sikre nasjonal produksjonsberedskap.

Falske legemidler er blitt et sterkt økende problem i Europa, og falske legemidler er nå også registrert i Norge. EUs nye direktiv om krav til systemer for verifisering av legemiddelpakningers autensitet vil være et viktig bidrag i kampen mot falske legemidler. Når fullsortimentsplikten for grossister faller bort 1.1.2015 er det

Apotekforeningen mener:

LUA-ordningen må evalueres.

Det bør ikke åpnes for flere LUA-legemidler i butikkens selvvalg.

Legemiddelmangel krever rask handling og koordinering fra myndighetene

viktig at myndighetene skjerper regelverket og øker tilsynet for å sikre at nye aktører ikke gir bedre kår for falske legemidler.

5 Økonomiske rammevilkår som bidrar til legemiddelpolitiske mål om god tilgjengelighet, riktig bruk og god effekt

Apotekforeningen mener:

Reseptlegemidler er pris- og avanseregulert av myndighetene. Målet for avansepolitikken må være at den bidrar til riktig legemiddelbruk. Strukturen for den regulerte apotekavansen må legges om, slik at den bedre reflekterer apotekenes kostnader med håndtering av reseptlegemidler. Kutt i trinnpriser kan finansiere deler av en slik omlegging. Folketrygden bør også finansiere nye farmasøytiske tjenester som bidrar til riktigere legemiddelbruk.

5.1. Apotekenes lønnsomhet kommer fra konkurranseutsatt salg

Det pris- og avanseregulerte området utgjør en stadig mindre andel av apotekenes omsetning. Ikke-regulert omsetning står for en større andel av apotekenes bruttoavanse enn omsetning. Mens den ikke-regulerte omsetningen i 2004 var 26 prosent av apotekenes salg, er den 38 prosent i 2014. Det er veksten i inntekter fra det konkurranseutsatte området som gir lønnsomhet i apotek og grunnlag for etablering av nye apotek.

Avansen må gi kostnadsdekning og må justeres i tråd med kostnadsutviklingen i apotek.

Stadig lavere betaling for håndtering av reseptlegemidler kan medføre en fokusdreining over tid i apotek i retning av at de ansatte må bruke stadig mer tid på å selge ikke-regulerte produkter for å kunne dekke økte kostnader. Da blir det mindre tid til faglig aktivitet i apotek, og kvaliteten i tjenestetilbudet kan svekkes som en direkte følge av avansepolitikken.

5.2. Nødvendig med endringer i apotekavansen, både i struktur og nivå

Avansepolitikken må bygge på de legemiddelpolitiske målene, der målet om riktig legemiddelbruk er det viktigste. Avansepolitikken må derfor fremme riktig legemiddelbruk.

Apotekenes avanse må dekke norske kostnader³. Det må derfor aksepteres at norsk avanse kan være høyere enn utenlandsk avanse. Kostnadene domineres av lønn. Norske kostnader og lønnsnivå er blant de høyeste i Europa. Det må derfor etableres et skarpt skille mellom prisregulering på den ene side, og avanseregulering på den andre siden.

Maksimalavansene styrer apotekenes anledning til å bruke tid på reseptkundene. Mens den gjennomsnittlige avansen for en reseptlegemiddelpakning dekket litt mer enn fire minutter

³ «Apotekavansen skal dekke kostnader apoteket har i forbindelse med lovpålagte oppgaver og plikter knyttet til resept- og varehåndteringen.» Statens legemiddelverk, rapport om apotekavansen, 2010.

farmasøytid i 2004, dekket den tilsvarende avansen i 2012 litt over tre minutter farmasøytid. Det gir farmasøyten dårligere grunnlag for å hjelpe pasienten med riktig legemiddelbruk.

Det er riktig å endre strukturen på apotekavansen, slik at det blir mindre forskjeller i avansen på billige og dyre legemidler. På kort sikt bør kronetillegget økes til 30 kroner. Deler av denne økningen kan finansieres med reduksjon i de regulerte trinnprisene.

På lengre sikt bør strukturen i apotekavansen endres, slik at flere tillegg er basert på objektive produktkarakteristika. Apotekforeningen har tidligere fremmet konkrete forslag om dette. Vi foreslår at departementet og Legemiddelverket setter ned en ekspertgruppe som sammen med apotekene kan se på den konkrete utformingen av en ny avansestruktur.

5.3. Prispolitikken: Justeringer i trinnprisene

Internasjonal referanseprising på AIP-nivå gjør at norske legemiddelpriser befinner seg i det lavere sjikt. Prispolitikken bygger på målet om lav pris. Virkemidler og tiltak må settes inn på AIP-nivå, og prisene må sammenlignes med andre land på AIP-nivå. Selve legemiddelprisen (AIP) er i liten grad påvirket av nasjonale kostnadsforskjeller, mens forskjeller i kostnadsnivå mellom land taler for at man lar apotekavanse styres av innenlandske forhold alene fremfor å se hen til avansenivåer internasjonalt.

Med trinnprissystemet har myndighetene benyttet apotekenes og grossistenes forhandlingsstyrke til å redusere samfunnets utgifter til byttbare, ikke-patenterte legemidler kraftig. Systemet forener ønsket om lave utgifter og hensynet til riktig legemiddelbruk på en god måte. Man får lave priser samtidig som antallet generiske bytter holdes nede, og derigjennom bidrar til riktigere legemiddelbruk.

Systemet gir forutsigbarhet og stabilitet for alle aktører.

Det er viktig at trinnprissystemet forvaltes slik at det er reell generisk konkurranse om et virkestoff før virkestoffet inkluderes i trinnprissystemet.

Minstepris for trinnprisprodukter må fastsettes på et reelt nivå. Det bør innføres en minstepris på 15 kr AIP.

Trinnprissystemet må også i fremtiden være myndighetenes virkemiddel for å få ned prisene på byttbare legemidler med generisk konkurranse. Forslaget i budsjettforslaget for 2015 om å kutte maksimalpris på Seretide i stedet for å gjøre produktet byttbart og trinnpriset må være et unntak.

Apotekforeningen mener:

Trinnprissystemet må videreføres.

Det må være reell generisk konkurranse før virkestoff tas inn i trinnprissystemet.

Minsteprisene må ha et reelt nivå.

5.4. Andre forslag til endringer i økonomiske rammevilkår

Legemiddelomsetningsavgiften bør fjernes

Legemiddelomsetningsavgiften var opprinnelig en omfordelingsmekanisme som flyttet penger fra apotek som hadde store overskudd til apotek som gikk med underskudd. I dag betaler apotek inn mye mer i avgift enn det som kommer tilbake til næringen. Av de 69 mill kronene apotek skal betale i legemiddelomsetningsavgift får næringen 5 mill kroner tilbake i form av driftstilskudd til apotek (distrikts- og vakttilskudd).

Legemiddelomsetningsavgiften bør fjernes. Dette kan også (del-)finansieres ved reduksjon i trinnpriser.

Gevinstdelingsmodellen bør oppheves

Apotekforeningen ber departementet om å følge Legemiddelverkets anbefaling i brev av 16.9.2009 og oppheve gevinstdelingsmodellen slik at frittstående apotek ikke diskrimineres i avansepolitikken.

Finansiering av tjenester

Apotekforeningen gjennomfører det omfattende prosjektet Medisinstart, som departementet er godt kjent med. Dersom denne og andre farmasøytiske tjenester i apotek gir god helseeffekt og er samfunnsøkonomisk lønnsomme, må de sikres finansiering gjennom Folketrygden ved bruk av egne takster. Det er nødvendig for at de skal bli tilgjengelig for alle brukere, uavhengig av betalingsevne.

Det bør innføres nasjonale LAR-takster

Apotekenes tjenester i forbindelse med LAR er ikke prisregulert. Dette har ledet til at like tjenester prises ulikt. Det er grunn til å tro at den regionale forskjellen i bruk av apotek i LAR kan skyldes manglende nasjonal takst. Med nasjonal takst vil alle aktører stå overfor samme priser. Forutsigbarheten øker for alle parter.

Både kjøper (helseforetakene) og selger (apotek) ønsker nasjonale takster.

LAR-takster kan etableres innenfor en nullsumløsning. Vi ber HOD om å ta initiativ til dette.

Unødvendig rabattforbud og rapportering bør fjernes

Forbud mot ikke-samtidige rabatter ble innført for å få indeksprissystemet til å virke i perioden 2003 – 2004. Indeksprissystemet ble avvirket 1.1.2005.

Forbudet er en ikke-begrunnet inngripen i næringsfriheten. Forbudet øker kostnader både hos private aktører og hos myndighetene.

Apotekforeningen mener:

Legemiddelomsetningsavgiften bør fjernes.

Det bør etableres nasjonale takster for apotekenes LAR-tjenester.

Forbudet mot ikke-samtidige rabatter må oppheves.

Legemiddelverket foreslo i brev til departementet av 16.09.2009 å oppheve kravet til apotekene om å rapportere om rabatter gitt av andre enn grossist. Kravet er i dag nedfelt i legemiddelforskriften § 12-20.

Forbudet mot ikke-samtidige rabatter i legemiddeloven § 6 og apotekenes plikt til å rapportere rabatter gitt av andre enn grossist nedfelt i legemiddelforskriften § 12-20 må oppheves, da formålet med bestemmelsene ble fjernet 1.1.2005. Siden rapporteringen ikke har hatt noe formål siden 1.1.2005, vil bortfall av kravet utelukkende være å anse som forenkling og avbyråkratisering.