

Evaluering av apotekloven og indeksprissystemet

ECON Analyse

ECON-rapport nr. 2004-010, Prosjekt nr. 40023

ISSN: 0803-5113, ISBN 82-7645-686-3

AKH/MSV/LRE/RRF/pil, ODN, 30. april 2004

(Rapport utarbeidet for Helsedepartementet 2004)

Innhold

Sammendrag og konklusjoner	1
1 Problemstilling og metode	7
2 Struktur i legemiddelmarkedet	19
3 Tilgjengelighet til apotektjenester	33
4 Kvalitet på apotektjenester	51
5 Prisene på apotekvarer	67
6 Forbruket av legemidler	95
7 Økonomien til aktørene	131
8 Konkurransen i legemiddelmarkedet	161
9 Vurdering av indeksprissystemet	173
10 Samfunnsøkonomiske vurderinger	187

Sammendrag og konklusjoner

Resymé

Målene med den nye apotekloven er i all hovedsak nådd. Økt konkurranse i apoteknæringen har gjort at publikums tilgjengelighet til apotek er vesentlig økt, og servicen overfor ulike kundegrupper er bedret. Samtidig har apoteknæringen gjennomgått en vesentlig effektivisering. Loven har også ført til sterkere konkurranse mellom legemidler ved at pasientene foretar bytte av likeverdige legemidler på apoteket. Konkurransen har imidlertid i begrenset grad ført til lavere utsalgspriser til pasientene.

Bakgrunn

De overordnede målene i legemiddelpolitikken er følgende:

- Befolkningen skal ha tilgang til sikre og effektive legemidler uavhengig av betalingssevne og bosted (tilgjengelighet).
- Legemidler skal brukes faglig og økonomisk riktig (kvalitet).
- Lavest mulig pris på legemidler.

Regulering av apoteknæringen er ett av flere virkemidler myndighetene har for å nå målene. Den 1. mars 2001 trådte ny apoteklov i kraft. Loven innebærer endringer på særlig to sentrale punkter:

-En *friere etableringsadgang* for apotek og fritt eierskap i apoteknæringen.

Mens det tidligere var myndighetene som bestemte både antall apotek og hvor apotekene skulle ligge, setter den nye loven ingen begrensning på antall eller beliggenhet for apotek. Og mens den forrige loven krevde at eiere av apotek skulle være universitetsutdannede farmasøyter som også hadde driftsansvaret for apoteket, stilles det ikke lenger kompetansekrav til eiere av apotek. Fortsatt er det imidlertid krav om at driftsansvarlig for apoteket skal være universitetsutdannet farmasøyt. Eierskap og driftsansvar er dermed splittet opp.

-Adgang til *generisk bytte* på apotek. Ordningen innebærer at pasienter kan få utlevert et annet, likeverdig legemiddel enn det legen har skrevet ut.

Målene med å lette etableringsadgangen var å øke tilgjengeligheten og servicen på apotektjenester og å få til en kostnadseffektivisering i apoteknæringen. Målet med generisk bytte var å øke konkurransen mellom legemidler, og på den måten legge til rette for lavere utsalgspriser.

I mars 2003 ble *indeksprissystemet* innført for et begrenset utvalg av legemidler på blå resept. Indeksprissystemet innebærer at apotekene når de selger et legemiddel innenfor systemet, får refundert en indekspris fra myndighetene, uavhengig av utsalgsprisen. Det innebærer at apotekene stimuleres til å be pasienten bytte til det billigste, likeverdige legemiddelet. Hensikten er reduserte utgifter for folketrygden og pasientene gjennom å stimulere til generisk bytte og lavere utsalgspriser.

Den nye loven åpner for at markedsmekanismer i større grad enn tidligere skal tas i bruk for å nå målene i legemiddelpolitikken. Gjennom friere etablering åpnes det for større grad av konkurranse mellom apotek. Gjennom generisk bytte legger myndighetene til rette for økt konkurranse mellom legemidler. Også under den nye loven er imidlertid apoteknæringen strengt regulert, blant annet gjennom regulerte maksimalpriser på legemidler og plikt for apotek til å kunne levere ethvert legemiddel som etterspørres i Norge.

Problemstilling

I denne rapporten evaluerer vi den nye apotekloven, som trådte i kraft 1. mars 2001, og indeksprissystemet, som trådte i kraft 1. mars 2003. Mandatet har vært å drøfte hvilke effekter loven og indeksprissystemet har hatt, i lys av myndighetenes mål i legemiddelpolitikken. Evalueringen er basert på analyser av registerdata samt en rekke intervjuer og spørreundersøkelser blant ulike aktører. Evalueringen er gjennomført på oppdrag fra Helsedepartementet.

Konklusjon: Målene med lovendringen stort sett nådd..

Myndighetene hadde som mål å øke tilgjengelighet og service, effektivisere apoteknæringen og få ned utsalgsprisene på legemidler. To av de tre målene er nådd.

Vesentlig bedre tilgjengelighet og service

Siden den nye apotekloven trådte i kraft er antall apotek økt fra 397 til 520. (Pr 31. desember 2003). Denne endringen ville ikke kommet uten den nye loven, ettersom myndighetene tidligere la begrensninger på antall apotek. Økningen har primært kommet i det sentrale østlandsområdet og i andre tettbygde kommuner. Men distriktskommunene har ikke mistet apotek, slik man kunne frykte da etableringsadgangen ble liberalisert. De få nedleggelsene som har kommet, har vært i sentrale strøk.

I tillegg til at det er blitt langt flere apotek, har apotekene gjennomsnittlig lengre åpningstider. Dessuten har de aller fleste innført selvbetjening og direkte ekspedering av resepter. Alt dette bidrar til at ventetiden på apoteket er gått ned og at kundeservicen er økt.

Betydelig effektivisering i apoteknæringen

Gjennom horisontal og vertikal integrasjon i apoteknæringen har aktørene hentet ut betydelige stordriftsfordeler. Gjennom felles it-systemer, samordning av innkjøpsrutiner osv., har det vært mulig å redusere antall ansatte per apotek betydelig. Integrasjonen har også gitt effektiviseringsgevinster på grossistleddet.

Kvaliteten kan være svekket

Kvaliteten på apotek tjenester er knyttet til den legemiddelfaglige standarden på tjenestene som utføres, og er ikke uten videre lett å måle i en evaluering som dette. Vi har sett på en rekke indikatorer som belyser kvaliteten. Ut fra disse kan det se ut til at kvaliteten er svekket de siste tre årene:

- Arbeidsbelastningen til apotekpersonalet er økt vesentlig, og oppfattes av mange som tidvis uforsvarlig.
- Omfanget av faglig etterutdanning av farmasøyter ser ut til å ha gått ned.
- Farmasøytenes mulighet til å gi pasientene nødvendig faglig veiledning oppfattes av mange som redusert, og halvparten av farmasøytene mener veiledningen de gir pasientene ikke er tilstrekkelig.

På den annen side tyder andre indikatorer på at kvaliteten er uendret. Blant annet ser det ikke ut til at omfanget av feilekspederinger har økt, og farmasøytene vurderer omfanget som uproblematisk.

Selv om farmasøytene mener de ikke får gitt tilstrekkelig faglig veiledning til pasientene, frykter de for eksempel ikke

at pasientene skal bruke medisiner feil på grunn av misforståelser ved utlevering av et synonymt preparat til det som sto på resepten. Derimot frykter legene at generisk bytte skal føre til økt feilbruk.

...på grunn av økt konkurranse og integrasjon

Apotekloven har gitt store endringer i strukturen i apotekmarkedet. For det første ved at loven ga bedre grunnlag for konkurranse mellom apotek, ved at etableringsadgangen ble enklere. For det andre ved at endrede eierskapsregler har gitt rom for integrasjon: Vi har fått en horisontal integrasjon ved at apotekene er organisert i tre dominerende kjeder, og vertikal integrasjon ved at kjedene og grossistene har felles eiere. Den horisontale integrasjonen innebærer isolert sett en begrensning i konkurransen sammenlignet med en tenkt situasjon med mange uavhengige aktører. Konkurransen mellom apotek er likevel større enn den var før etableringsbegrensningene ble opphevet, og slår ut i bedret service og tilgjengelighet. Integrasjonen er drevet fram av muligheten for å hente ut stordriftsfordeler, og den har vært avgjørende for den effektiviseringen vi har sett. Dette er en samfunnsøkonomisk gevinst. Tre aktører er per i dag likevel tilstrekkelig til å sikre konkurranse om tilgjengelighet og service.

Men: Loven har hatt begrenset effekt på utsalgsprisene

Vi har ikke sett noen klar effekt av apotekloven på utsalgsprisene, til tross for at loven trolig har gitt de integrerte grossistene og apotekkjedene lavere innkjøpspriser på legemidler. Dette tyder på at apoteknæringen ikke konkurrerer på utsalgspris.

Økt forhandlingsmakt til grossist/apotek...

Muligheten apotekene nå har til å foreslå generisk bytte overfor pasientene har åpenbart gitt apoteknæringen en sterkere forhandlingsmakt overfor produsentene. At apotek og grossist er integrert gjennom felles eiere, styrker forhandlingsposisjonen ytterligere, fordi grossisten, som kjøper inn legemidler fra produsentene, har innflytelse over hvilke preparater som selges i apoteket. Apotek- og grossistnæringens styrkede markedsrett har ganske sikkert ført til at prisene som legemiddelprodusentene kan kreve, er redusert. Vi har også sett at adgangen til generisk bytte har ført til en vesentlig reduksjon i markedsandelene til produsentene av originalpreparater. Det reflekterer at apotekene tjener på å bytte fra original til generika der det er mulig, fordi innkjøpsprisene på generika er lavere. Det er likevel viktig å understreke at den økte konkurransen kun gjelder den delen av legemiddelmarkedet der det er generisk konkurranse. Den største delen av legemiddelomsetningen består av legemidler på patent, der det i liten grad er konkurranse. For patenterte legemidler gjøres valg av preparat på

legekontoret, og apotekloven har neppe ført til endringer i legenes forskrivningspraksis. Det har heller ikke vært hensikten med loven.

... men liten prisfølsomhet blant pasientene

Apoteknæringen har begrensede insentiver til å la reduserte innkjøpspriser komme pasientene til gode i form av reduserte utsalgspriser. Det skyldes neppe manglende konkurranse mellom apotekene. Vi har tvert imot sett at apotekene konkurrerer om størrelser som pasientene er opptatt av. Manglende effekter på utsalgsprisene skyldes først og fremst at pasientene legger liten vekt på pris når de kjøper legemidler, fordi en stor andel av legemiddelomsetningen betales av folketrygden. Det er bare i den grad pasientene betaler selv, at prisene har noen betydning, men heller ikke i disse tilfellene legger pasientene stor vekt på pris ved valg av utsalgssted. Apotekets beliggenhet og service betyr mer. Når utsalgsstedet først er valgt, legger trolig pasientene en viss vekt på pris ved valg av legemiddel. Det gjør at apotekene kan stimulere pasientene til generisk bytte ved å sette prisene på generika lavere enn på originalpreparatet. Sett i lys av at forbruket i betydelig grad er vridd fra originalpreparater over til generika, innebærer de lavere prisene på generika at legemiddelutgiftene for så vel folketrygden som pasientene til en viss grad er redusert som følge av generisk bytte. Effektene på utsalgsprisene er likevel begrenset.

Og: Gevinstdelingsmodellen er satt ut av spill

Fordi etterspørselen etter legemidler er lite prisfølsom, har myndighetene regulert prisene på reseptpliktige legemidler gjennom maksimalpriser. Reguleringen gjør imidlertid at det i utgangspunktet alltid vil være lønnsomt for apoteket å selge legemidlene til maksimalpris. *Gevinstdelingsmodellen*, som skal gjøre det lønnsomt for apotekene å redusere prisene på legemidler, forutsetter at apotekene gjør sine lønnsomhetsvurderinger uavhengig av grossistene. Men i vertikalt integrerte virksomheter som vi finner i apoteknæringen, der lønnsomheten på grossistleddet og apotekleddet ses under ett, vil nettoeffekten av å redusere prisene under maksimalpris, være negativ. Gevinstdelingsmodellen gir med andre ord ikke de integrerte apotekvirksomhetene insentiver til å redusere utsalgsprisene.

Målene med indeksprissystemet er delvis nådd

Målet med indeksprissystemet var å redusere offentlige og private legemiddelutgifter gjennom økt salg av de billigste legemidlene (generika) og prisnedgang i de relevante markedene.

Utgiftene til folketrygden er redusert. Dette skyldes primært at generisk bytte har gitt stadig lavere indekspriser, og dermed stadig lavere refusjoner. Den samlede effekten for

folketrygden er likevel sannsynligvis lavere enn forventet, ettersom systemet ved innføringen etablerte et høyere nivå på refusjonene for noen varer.

Utgiftene til de private forbrukerne er ikke redusert som følge av innføringen av systemet. Det er ingen mekanismer i systemet som driver prisene nedover.

Forbrukere som ikke ønsker å bytte preparater, må også selv betale en eventuell differanse mellom den faktiske utsalgsprisen og den indeksprisen folketrygden refunderer. Dette gir økte utgifter for disse forbrukerne sammenlignet med før systemet ble innført.

Men: Insentivene begrenser omfanget av generisk bytte

Selv om det skjer generisk bytte innenfor systemet, ser vi ikke en markert endring i markedsandelen til generika ett år etter innføringen. Dette skyldes at gevinster av generisk bytte på kort sikt, motvirkes av negative inntektseffekter på lengre sikt.

De negative inntektseffektene oppstår fordi generisk bytte gir lavere refusjon fra folketrygden, og dermed lavere inntekter for apotekaktørene. Apotekaktørene har heller ingen insentiver til å forhandle ned prisene fra leverandørene (GIP) på legemidlene som omfattes av indeksprissystemet, fordi dette også i neste omgang gir lavere inntekter.

Og: Systemet er ressurskrevende å administrere

Indeksprissystemet har gitt fordelingseffekter ved at folketrygden har redusert sine utgifter på bekostning av apotek/grossistaktørene, og til dels på bekostning av de private forbrukerne. Innføringen og oppfølgingen av indeksprissystemet innebærer på den andre siden administrative kostnader både for myndighetene og for aktørene i næringen. Denne ressursbruken er en samfunnsøkonomisk kostnad som må ses opp mot de effektene som er oppnådd. Det er grunn til å tro at ressursbruken i indeksprissystemet er stor i forhold til de effektene som oppnås. Det bør vurderes om den samme effekten kan oppnås på mindre ressurskrevende måter.

Fra Kapittel 1 Problemstilling og metode

I denne rapporten evaluerer vi ny apoteklov som trådte i kraft 1. mars 2001, samt indeksprissystemet, som trådte i kraft 1. mars 2003. Mandatet har vært å drøfte hvilke effekter loven har hatt, i lys av myndighetenes mål i legemiddelpolitikken. Følgende hovedpunkter har vært omfattet av mandatet:

- 1. Struktur og markedsforhold i legemiddelmarkedet*
- 2. Tilgjengelighet til apotektjenester*
- 3. Sikkerhet, kvalitet og service på apotektjenester*
- 4. Prisene på apotekvarer*
- 5. Legemiddelforbruket og omfanget av generisk bytte*
- 6. Økonomien til aktørene i legemiddelmarkedet*

7. Indeksprissystemet

8. Samfunnsøkonomiske vurderinger.

Evalueringen er basert på registerdata samt en rekke intervjuer og spørreundersøkelser blant ulike aktører. Evalueringen er gjennomført på oppdrag fra Helsedepartementet. I dette kapitlet utdyper og presiserer vi problemstillingen og vi gjør rede for metodevalg.

Fra Kapittel 2 Struktur i legemiddelmarkedet

Strukturen i apotek- og grossistnæringen har endret seg vesentlig etter at den nye apotekloven kom på plass 1. mars 2001. Fra å være en næring med et fåtall grossister og mange enkeltstående apotek er næringen nå dominert av tre aktører som eier både grossister og apotek. I dette kapitlet beskriver vi situasjonen i dag, som et bakteppe for drøftingene videre i rapporten.

Vi har delt aktørene i markedet for omsetning av legemidler inn i tre hovedgrupper; legemiddelindustrien og apotek- og grossistnæringen - som begge representerer tilbudssiden, og etterspørrene.

Fra Kapittel 3 Tilgjengelighet til apotek tjenester

Ett av målene med den nye apotekloven var å sikre bedre tilgjengelighet til apotek tjenester. Tilgjengelighet dreier seg for det første om fysisk tilgang til steder der legemidler selges. En viktig indikator er derfor antall apotek, og fordelingen av apotek mellom ulike deler av landet. Tilgjengelighet kan imidlertid også måles ut fra åpningstider, ventetid og mulighet for diskresjon. I dette kapitlet ser vi på utviklingen i tilgjengelighet på grunnlag av slike indikatorer.

Forhold som kvalitet på veiledningen, apotekpersonalets kompetanse osv kan også betraktes som mål på tilgjengelighet. Disse forholdene er drøftet i kapittel 4. Så godt som alle tilgjengelighetsindikatorer vi har sett på tyder på at tilgjengeligheten har økt.

-Antall apotek har økt kraftig

-Tilgjengeligheten har økt særlig i sentrale strøk, men ingen vesentlig forverring i distriktene

-Antall kommuner uten apotek er redusert

-Apotekenes åpningstider har økt.

Den eneste negative indikatoren vi ser er at antall medisinsalg er redusert. Mange steder er det mer enn kompensert ved at det er kommet apotek isteden. Men 11 kommuner som hadde medisinsalg står nå uten både apotek og medisinsalg.

Fra Kapittel 4 Kvalitet på apotektjenester

Kvalitet på apotektjenester er et viktig mål i legemiddelpolitikken, og i dette kapitlet drøfter vi hvordan apotekloven har påvirket kvaliteten på apotektjenestene. Vi analyserer kvaliteten på grunnlag av følgende indikatorer:

- Farmasøytisk kompetanse på apoteket
- Kvalitet på veiledningen til pasienter i apoteket
- Kvalitet på tjenester til leger og sykehjem
- Leveringsdyktighet på legemidler
- Feilekspederinger.

Kvalitet betegner her den legemiddelfaglige standarden. Det kan være en glidende overgang mellom definisjonen av kvalitet og definisjonen av tilgjengelighet. Utvalgte tilgjengelighetsindikatorer er analysert i kapittel 3. Analysen indikerer at kvaliteten på tjenestene apoteket yter er blitt svekket.

- Antall farmasøyter med universitetsutdanning i apotekene er redusert, til tross for at antall apotek er betydelig økt.
- Omfanget av faglig etterutdanning av farmasøyter ser ut til å ha gått ned.
- Arbeidsbelastningen til apotekpersonalet er økt vesentlig, og den oppfattes av mange som tidvis uforsvarlig.
- Farmasøytene mulighet til å gi pasientene faglig veiledning oppfattes av mange som redusert, og halvparten mener veiledningen de gir pasientene ikke er tilstrekkelig.

På den annen side tyder andre indikatorer på at kvaliteten er uendret:

- Omfanget av feilekspederinger ser ikke ut til å ha økt, og farmasøytene vurderer omfanget som uproblematisk.
- Selv om farmasøytene mener de ikke får gitt tilstrekkelig faglig veiledning til pasientene, frykter de for eksempel ikke at pasientene skal bruke medisiner feil på grunn av misforståelser ved utlevering av et synonymt preparat til det som sto på resepten.

Fra Kapittel 5 Prisene på apotekvarer

I dette kapitlet ser vi på utsalgsprisene i apotekene. Prisene på reseptpliktige legemidler er regulert gjennom flere systemer. Når vi skal undersøke effekter av apotekloven på legemiddelprisene, må vi forstå hvordan prisreguleringene virker i markedet. I dette kapitlet gjør vi derfor først rede for prisreguleringene, før vi analyserer prisutviklingen de siste fem årene.

Prisreguleringene består av et maksimalt tak som prisene på reseptpliktige legemidler ikke kan overstige, og dernest av insentivordninger som skal presse prisene under taket. Gevinstdelingssystemet og indeksprissystemet er slike ordning. Reseptfrie legemidler er ikke prisregulert.

Våre analyser indikerer følgende hovedresultater for prisutviklingen i perioden 2000 til 2004:

-Prisene på reseptpliktige preparater har falt fordi maksimal AIP er justert ned. Prisfallet på legemidler som har gått av patent, og som dermed er utsatt for generisk konkurranse, er gjennomgående større enn prisfallet på de legemidlene som ikke har gått av patent. Vi ser ikke noe markert skift i prisene fra 2000 til 2001 som kan forklares med den nye apotekloven.

-Fra 2003 til 2004 er prisfallet på legemidler innenfor indeksprissystemet tilnærmet likt prisfallet på legemidler utenfor systemet. For begge gruppene er prisfallet på originalpreparatene på linje med eller mindre enn prisfallet på generika.

-Vi ser en tendens til oppjustering av prisene på generika i indeksprissystemet fram mot 2003. For flere av virkestoffene stiger også prisene både på originalpreparatene og generika i en kort periode etter innføringen av systemet. Vi ser ikke tilsvarende utvikling for virkestoffene utenfor indeksprissystemet.

-Prisene på de reseptfrie legemidlene har steget betydelig, og langt mer enn den generelle prisutviklingen skulle tilsi.

-Prisene på handelsvarer har også steget betydelig fram mot utgange av 2002. For flere av produktene er store deler av prisoppgangen relatert til et prishopp rett før ny apoteklov. Prisstigningen på handelsvarene er høyere etter ny apoteklov enn før for minst halvparten av produktene. Etersom vi ikke har hatt tilgang til registerdata for priser på handelsvarer etter 2002 er det vanskelig å si noe om hvordan prisene har utviklet seg etter dette. Det er likevel liten grunn til å tro at den prisstigningen vi har sett fram mot utgangen av 2002 er reversert gjennom 2003 og utover i 2004.

-Analysene viser ingen signifikante forskjeller i prisene på de ulike kategoriene av apotekvarer som er knyttet til apotekenes lokalisering eller apotekenes kjedetilknypning.

Fra Kapittel 6 Forbruket av legemidler

I dette kapitlet ser vi på utviklingen i forbruket av legemidler. Den klart største delen av legemiddelomsetningen gjelder reseptbelagte legemidler, der legen har kontroll med forbruket. Apoteklovens betydning for den samlede forbruksutviklingen er derfor begrenset. Det er likevel noen områder der apotekloven kan ha hatt effekt på forbruket.

-For det første kan forbruket av reseptfrie legemidler ha blitt påvirket. En hypotese kan være at økt tilgjengelighet har ført til økt forbruk. Det vil i så fall primært gjelde reseptfrie legemidler, ettersom forbruket av reseptpliktige legemidler kontrolleres av legene.

-For det andre kan sammensetningen av forbruket ha blitt endret fordi loven åpner for generisk bytte av legemidler på

apoteket. En effekt kan være at originalpreparatene innenfor et virkestoff fortrenges til fordel for generika. Dette vil være en vridning som skjer på apoteket gjennom generisk bytte.

Generisk bytte drøftes i avsnitt 6.2.

Analysene viser følgende:

- Forbruket øker, men veksten i omsetningen av reseptfrie legemidler er lavere enn veksten i omsetningen av reseptbelagte legemidler. Det er dermed ikke grunn til å tro at økt tilgjengelighet har økt legemiddelforbruket.
- Omfanget av generisk bytte har økt betydelig etter at den nye loven trådte i kraft.
- Originalpreparater innenfor alle virkestoffer vi ser på har i betydelig grad tapt markedsandeler til generika.
- Pasientene er gjennomgående positive til generisk bytte og er fornøyde med veiledningen de får fra apoteket.
- Apotekpersonalet mener veiledning og generisk bytte går på bekostning av veiledning om legemidler, men frykter ikke at bytte skal føre til feilbruk av legemidler.
- Legene er negative til generisk bytte på apotek, og frykter feilbruk av legemidler. De reserverer seg likevel i liten grad mot bytte.
- Rundt tidspunktet når indeksprissystemet innføres, ser vi store svingninger i markedsandelene for henholdsvis originalpreparater og generika for de virkestoffene som er omfattet av systemet. Etter noen måneder ser det ut til at forholdene stabiliserer seg, og i de fleste tilfellene fortsetter generikaandelen å stige.

Fra Kapittel 7 Økonomien til aktørene

I dette kapitlet skal vi se nærmere på økonomien til aktørene i markedet for omsetning av legemidler.

Fra Kapittel 8 Konkurransen i legemiddelmarkedet

I legemiddelmarkedet er det ikke grunnlag for fri konkurranse. Det skyldes at markedet er preget av en rekke imperfeksjoner, som patentordning, tredjepartsfinansiering osv. Dette er grundig drøftet i kapittel 2. Gjennom den nye apotekloven tok myndighetene sikte på å legge mer til rette enn tidligere for at markedsmekanismer skulle få virke. Målet har likevel ikke vært å oppnå et fullt ut liberalisert marked.

I dette kapitlet analyserer vi hvordan apotekloven har påvirket konkurransesituasjonen, og drøfter grunnlaget for konkurranse i ulike deler av markedet.

Våre hovedfunn er:

- Konkurransen i markedet mellom legemiddelprodusenter og apotek- og grossistnæringen er styrket. Både de nye eierskapsreglene og generisk bytte har bidratt til dette.

-Apotek- og grossistnæringen har styrket sin forhandlingssituasjon i forhold til både original- og generikaprodusenter.

-Generikaprodusenter har fått styrket sin konkurransesituasjon i forhold til originalprodusentene.

-Patentordningen for legemidler sammen med apotek- og grossistnæringens leveringsplikt innebærer at legemiddelprodusenter med patentrettigheter fortsatt har betydelig markedsrett.

-Markedet mellom grossister og apotek er i stor grad blitt internalisert som følge av vertikal integrasjon. Den vertikale integrasjonen innebærer at etableringshindringene i næringen har økt.

-Konkurransen i sluttbrukermarkedet er økt som følge av loven. Tre aktører i apoteknæringen ser per i dag ut til å være tilstrekkelig til å sikre at apotekkjedene konkurrerer om parametre som pasientene legger vekt på.

-De tre apotekkjedene konkurrerer seg imellom på beliggenhet og service. Dette er forhold som etterspørerne legger vekt på ved valg av apotek.

-Det kan se ut til at konkurransen på kvalitet i sluttbrukermarkedet er svak. Dette må ses i sammenheng med at kundenes mulighet til å vurdere kvaliteten er begrenset. Dessuten har pasientene stor tillit til apoteket, og føler seg trolig trygge på at kvaliteten er god.

-Det ser ikke ut til å være noen vesentlig konkurranse på pris i sluttbrukermarkedet. Den viktigste årsaken til det er svak prisfølsomhet på etter- spørrelssiden på grunn av tredjepartsfinansiering. Det innebærer at en økning i antall aktører neppe ville bidra vesentlig til økt konkurranse på pris i sluttbrukermarkedet.

-Tre aktører er likevel et lavt antall i et konkurranseperspektiv, særlig i lys av at det er etableringshindringer. Det er derfor mulig at aktørene i framtiden kan redusere konkurransen seg imellom. For den overveiende delen av markedet har apotekene og de tre fullsortimentsgrossistene samme eiere. Det betyr at eierne vil gjøre de tilpasningene som er mest lønnsomme for enheten, uavhengig av hvordan styrkeforholdene mellom de ulike leddene framstår utad. I en drøfting av konkurranseforholdene må de integrerte grossistene/apotekkjedene derfor betraktes som enheter. Disse enhetene opererer i to markeder; i engrosmarkedet, der de forhandler med legemiddelprodusentene, og i sluttbrukermarkedet, der de selger apotekvarer til pasienter og andre. Betingelsene for konkurranse er svært ulike i engros- og sluttbrukermarkedet, og vi drøfter konkurransesituasjonen i de to markedene isolert. Hvert av disse markedene er påvirket av en rekke reguleringer. Disse er omtalt andre steder i rapporten, og er kort gjentatt i bokser under hvert avsnitt.

Fra Kapittel 9 Vurdering av indeksprissystemet

Indeksprissystemet ble innført 1. mars 2003. Målet med systemet var å redusere offentlige og private legemiddelutgifter gjennom økt salg av de billigste legemidlene (generika), prisnedgang i det relevante markedet og enklere markedsadgang for generikaprodusentene. I tidligere kapitler har vi dokumentert og drøftet ulike sider ved legemidlene som inngår i indeksprissystemet; pris- og omsetningsutvikling samt utvikling i reservasjoner innenfor systemet. I dette kapitlet skal vi vurdere resultatene i forhold til målet med og innretningen på indeksprissystemet.

Analysene viser følgende hovedresultater:

- Vi ser ikke en markert endring i omfanget av generisk bytte som følge av innføringen av indeksprissystemet. Insentivene til generisk bytte i systemet gir gevinster for apotekaktørene på kort sikt, men gevinstene nøytraliseres av negative inntektseffekter på lengre sikt.
- Vi ser ikke en markert endring i utsalgsprisene på indekslegemidlene (AUP). Det er ingen insentiver i indeksprissystemet som presser de faktiske utsalgsprisene. Indeksprissystemet har derfor hatt liten effekt på utgiftene til de private forbrukerne.
- De samlede utgiftene til folketrygden er redusert. Reduksjonen er sannsynligvis lavere enn forventet ettersom systemet har medført høyere refusjonene for noen varer sammenlignet med en situasjon uten systemet.
- Systemet er ressurskrevende å administrere. Det bør vurderes om realiserte effekter kan oppnås på mindre ressurskrevende måter.

Fra Kapittel 10 Samfunnsøkonomiske vurderinger

I kapitlene foran har vi belyst effektene av apotekloven på ulike områder. Vi har sett at loven har ført til mange endringer. På noen områder er forholdene blitt bedre som følge av loven. På andre områder ser det ut til at forholdene er blitt dårligere. Vi har ikke grunnlag for å tallfeste verdien på endringene, slik at de kan måles opp mot hverandre for å finne ut om nettoeffekten for samfunnet er negativ eller positiv. Vi kan imidlertid drøfte den samfunnsøkonomiske lønnsomheten av endringene på et mer generelt grunnlag.

Våre hovedkonklusjoner er:

- Endringene i apotekloven har gitt et bedre grunnlag for optimal ressursutnyttelse i markedet for omsetning av legemidler.
- Gjennom friere etableringsadgang har loven lagt til rette for økt konkurranse i apoteknæringen.

-Integrasjonen i apoteknæringen innebærer en begrensning av konkurransen sammenlignet med en situasjon med mange uavhengige aktører. På den annen side gir integrasjonen mulighet til å ta ut stordriftsfordeler. Dette har gitt rom for betydelig effektivisering i apoteknæringen.

-Økt konkurranse på apotekleddet har kommet pasientene til gode gjennom økt tilgjengelighet og bedre service.

-Både pasientenes og folketrygdens utgifter til legemidler er noe redusert ved at pasientene har fått økt mulighet til å bytte til generika, som ofte har lavere pris enn originalpreparater. Prisene på reseptfrie legemidler og handelsvarer har økt.

-Myndighetenes systemer for å presse utsalgsprisene under maksimalprisene (gevinstdelingssystemet og indeksprissystemet) virker ikke etter hensikten. Det gir grunnlag for å vurdere alternative modeller for å redusere prisene. Nedenfor drøfter vi først premissene for å få til en samfunnsøkonomisk riktig tilpasning. Deretter drøfter vi de samfunnsøkonomiske effektene av lovens viktigste endringer; friere etableringsadgang i apoteknæringen samt generisk bytte. Til slutt drøfter vi kort utsiktene framover. Indeksprissystemet er i sin helhet vurdert i kapittel 9.

Om vedlegg 1: Pasienter

Vi har gjennomført en spørreundersøkelse blant 1000 personer som har hatt frikort de siste tre årene. Undersøkelsen er foretatt av Opinion og gjennomført på telefon.

Om vedlegg 2: Sykehjem.

Vi har gjennomført en spørreundersøkelse blant 149 sykehjem i Norge om deres forhold til apotekene. Undersøkelsen er foretatt av Opinion og gjennomført på telefon.

Om vedlegg 3: Leger

Vi har gjennomført en spørreundersøkelse blant 100 fastleger i Norge om deres forhold til generisk bytte og til apotekene. Undersøkelsen er foretatt av Opinion og gjennomført på telefon.

Om vedlegg 4: Apotek

Vi har gjennomført en spørreundersøkelse blant 216 *driftskonsesjonærer* ved landets apotek om deres tilknytning til de tre store kjedene, om erfaringer med generisk bytte, om arbeidsbetingelser, service og veiledning ved apoteket, om omfang av feilekspederinger, om etterutdanning og om kontakt med primærhelsetjenesten.

Om vedlegg 5: Industri og importører

Vi har gjennomført en postal spørreundersøkelse blant de 43 originalprodusentene som er medlem av LMI, blant de fem

generikaprodusentene som er medlem av NIGEL og blant de fem parallellimportører.

Vedlegg 6: Resultatregnskaper

Vedlegg 7: Bruttomarginer

VEDLEGG 8: Intervjuer/møter