

APOTEK OG LEGEMIDLER



APOTEKENE I NORGE solgte i 2005 legemidler for omkring 16 milliarder kroner. Det mest solgte legemidlet ble alene omsatt for 550 millioner kroner.

APOTEK OG LEGEMIDLER 2006 gir fakta og nøkkeltall for apotekenes virksomhet. Boken har omfattende oversikter over salget av ulike kategorier legemidler og medisinsk utstyr, oppdatert til årsskiftet 2005/ 2006. Boken gir også oversikt over folketrygdens finansiering av legemidler og statistikk over legemiddelsalg i forhold til refusjonshjemler. I tillegg inneholder boken statistikk over utviklingen i norske apotek. Apotek og legemidler 2006 er den mest omfattende publikasjon om apotek og legemiddelforhold i Norge.

Apotek og legemidler 2006 er utgitt av Norges Apotekerforening (NAF), som er bransjeorganisasjonen for apotekene i Norge. Mer informasjon om apotek, legemidler og NAF. se: www.apotek.no

Norges Apotekerforening,
Postboks 5070 Majorstuen, 0301 Oslo
telefon: 21 62 02 00, faks 22 60 81 73
e-post: apotekerforeningen@apotek.no
www.apotek.no



Norges Apotekerforening

06-46159 / Grafia Kommunikasjon AS / www.grafia.net

Norges Apotekerforening

APOTEK OG LEGEMIDLER 2006



APOTEK OG LEGEMIDLER



Bransjestatistikk om apotekenes virksomhet og rammevilkår



Norges Apotekerforening

APOTEK OG LEGEMIDLER 2006

Bransjestatistikk om apotekenes
virksomhet og rammevilkår



INNHold

006	• Tallenes Tale
007	• Statistikkbruk i Apotek og legemidler 2006
010	• Apotekenes kjernevirksomhet
DEL I APOTEK	
012	1. Apotek i Norge
020	2. Ansatte, utdanning og kompetanse
026	3. Apotekøkonomi
DEL II LEGEMIDDELPRISER	
030	4. Legemiddelpriser i Norge og internasjonalt
DEL III LEGEMIDDELMARKEDET	
042	5. Omsetning av legemidler. Hovedtall
050	6. Generiske legemidler
060	7. Reseptfrie legemidler
DEL IV RAMMEVILKÅR	
066	8. Reguleringer og rammevilkår i 2005
074	9. Folketrygdens finansiering av legemidler
DEL V OMSETNING AV LEGEMIDLER I NORGE. DETALJERT STATISTIKK	
088	10. Omsetning av legemidler etter ATC hovedgrupper
096	11. ATC-gruppe A Fordøyelsesorganer og stoffskifte
102	12. ATC-gruppe B Blod og bloddannende organer
106	13. ATC-gruppe C Hjerte og kretsløp
112	14. ATC-gruppe D Dermatologiske midler
114	15. ATC-gruppe G Urogenitalsystem og kjønnshormoner
118	16. ATC-gruppe H Hormoner til systemisk bruk
122	17. ATC-gruppe J Antiinfektiva til systemisk bruk
126	18. ATC-gruppe L Antineoplastiske og immunmodulerende midler
130	19. ATC-gruppe M Muskler og skjelett
134	20. ATC-gruppe N Nervesystemet
140	21. ATC-gruppe P Antiparasitære midler, insekticider og insektmidler
142	22. ATC-gruppe R Respirasjonsorganer
146	23. ATC-gruppe S Sanseorganer
148	24. ATC-gruppe V Varia
150	25. ATC-gruppe Q Veterinære legemidler

TALLENES TALE

FORORD VED

KAI FINSNES, ADM. DIREKTØR NORGES APOTEKERFORENING



Apotekene har en svært sentral rolle i legemiddeldistribusjonen i Norge. 40 millioner kundeekspedisjoner og håndtering av flere enn 25 millioner resepter viser at de aller fleste nordmenn er innom apoteket flere ganger i løpet av året. 4 av 10 nordmenn var på apoteket minst annen hver måned i fjor. Det ble omsatt legemidler for omkring 16 milliarder kroner i apotekene i 2005.

Gjennom Apotek og legemidler vil Norges Apotekerforening (NAF) gi et utfyllende bilde av hva som skjuler seg bak disse store tallene. Hvilke legemidler selges det mest av? Hvilke utviklingstrekk kan vi se for legemiddeldomsetningen i 2005? Har forbruksmønsteret endret seg? Virker myndighetenes regulering av legemiddelmarkedet som forutsatt?

Statens utgifter til legemidler utgjør omkring 10 prosent av hele helsebudsjettet. Vi bruker ca. 1 prosent av bruttonasjonalproduktet på legemidler i Norge. Legemiddelsalget i Norge (målt i løpende kroner) er mer enn fordoblet de siste ti årene. Legemidler er derfor et stort og viktig samfunnsområde.

Legemiddelområdet er komplekst. Utviklingen er i stor grad styrt av beslutninger fattet av offentlige myndigheter: Godkjenning av legemidler, fastsettelse av pris, refusjonsvilkår fra folketrygden, egenandeler, rammevilkår for apotek osv.

En av de største endringene i myndighetenes regulering av legemiddelmarkedet i 2005, var innføringen av trinnprissystemet for generiske legemidler. Systemet sikrer staten styring med prisutviklingen på generikamarkedet, og har gitt innsparinger i de offentlige legemiddelutgiftene på 4–5 prosent i 2005. Samtidig har man fått en viktig brikke på plass for å sikre forutsigbare rammebetingelser for apoteknæringen.

For å sikre rasjonell legemiddelbruk er det nødvendig at utviklingen av politikken på legemiddelområdet er basert på kunnskap og dokumentasjon. Til det formålet har NAF utviklet et system for bransjestatistikk som får data fra mer enn 99 prosent av alt salg i norske apotek. Statistikksystemet inneholder bl.a. detaljerte oversikter over legemiddelsalg, reseptgrupper, finansieringskilde, refusjons-hjemmel og demografiske data om kjøper.

Det er NAFs Bransjestatistikk som er hovedkilden for Apotek og Legemidler 2006. I tillegg har NAF andre statistikkssystemer med oversikter over bl.a. utviklingen i antall apotek og i ulike grupper apotekansatte. Også slike systemer er brukt som datagrunnlag i denne boken. I sum gir dette en oversikt over legemidler og apotek som er mer omfattende enn noen annen publisasjon til nå.

Vår ambisjon med denne 2. utgaven av Apotek og legemidler er å bidra med kunnskap og dokumentasjon på legemiddelområdet. Tallenes tale er ofte klarere enn utallige ord.

STATISTIKKBRUK I APOTEK OG LEGEMIDLER 2006

NORGES APOTEKERFORENINGS BRANSJESTATISTIKK – BS

Det statistiske grunnlaget i denne boken er Norges Apotekerforenings bransjestatistikk (BS), hvis ikke annet er angitt. Statistikkgrunnlaget i BS er alle salg registrert i apotekenes datasystem FarmaPro, innrapportert fra 99,3 % av landets apotek.

Informasjonen i BS ligger ett trinn nærmere sluttbruker enn statistikk basert på salg fra grossister til apotek. Den inneholder dermed en del opplysninger som ikke fremkommer i annen statistikk som er lett tilgjengelig i Norge. BS er kilde til en rekke viktige nøkkeltall for apotekbransjen, også utover salget av legemidler på resept. Alle innrapporterte omsetningstall gjelder reelle utsalgspriser i apotek (AUP) inklusive merverdiavgiften på salgstidspunktet.

I denne boken presenterer vi et utvalg av data fra BS. Innenfor hver ATC-gruppe¹ kommenteres enkelte legemidler særskilt når de har:

- kvantitativt stor omsetning i kroner eller DDD²
- store endringer i omsetningen i forhold til 2004

Det følgende er en kort beskrivelse av datagrunnlaget i BS, og hva som skiller dette fra annen tilgjengelig statistikk på apotek- og legemiddelområdet.

¹ ATC-systemet er et internasjonalt (Anatomical Therapeutic Chemical) klassifikasjonssystem for legemidler, anbefalt av Verdens helseorganisasjon (WHO). Systemet er hierarkisk, og legemidlene er klassifisert ned til substansnivå. For nærmere beskrivelse av ATC-systemet, se kapittel 10.

² DDD=definerte døgndoser. DDD er den antatte gjennomsnittlige behandlingsdosen per dag for legemidler brukt av voksne for legemidlets hovedindikasjon.



SALG AV LEGEMIDLER FRA APOTEK I NORGE

Bransjestatistikken omfatter alt salg fra apotek av alle legemidler som har et ATC-nummer. Totaltallene omfatter reseptpliktige legemidler, reseptfrie legemidler og legemidler med ATC-nummer som selges med godkjenningfritak. All omsetning kan brytes ned på fylkesnivå, men ikke på kommuner eller enkeltapotek. Statistikken inkluderer ikke salg direkte fra grossist til sykehus og andre sluttbrukere. Dette gjelder i dag i hovedsak infusjonsvæsker, enkelte blodprodukter og enkelte vaksiner.

RESEPTPLIKTIGE LEGEMIDLER

Resepten inneholder en del data som registreres i apoteket og overføres anonymisert til BS, slik at verken pasient eller rekvirent kan identifiseres. Hver resept registreres enkeltvis, slik at det ikke er mulig å sammenstille opplysninger om den enkelte kunde/pasient. Statistikken inneholder bl.a. fødselsår og kjønn som er angitt på resepten. For blåresepter og andre resepter som refunderes av trygden, inneholder statistikken refusjonshjemmel og betalte egenandeler. Refusjonshjemmel inkluderer angitt punkt i blåreseptforskriften § 9. For preparater som er forhåndsgodkjent for refusjon etter søknad etter § 10a, inkluderer refusjonshjemmelen

referanse til sykdommer oppført i § 9. REFUSJONSBERETTIGET MEDISINSK UTSTYR OG NÆRINGSMIDLER TIL SPESIELLE MEDISINSKE FORMÅL

For medisinsk utstyr og næringsmidler som omfattes av Rikstrygdeverkets (RTVs) lister over refusjonsberettiget materiell, vil opplysningen være tilsvarende som for blåresepter, i dette tilfellet angivelse av kategori medisinsk utstyr i § 3 og § 3a i blåreseptforskriften.

RESEPTFRIE LEGEMIDLER

Det er fri prisfastsettelse på reseptfrie legemidler. Det er den reelle utsalgsprisen fra apotek (AUP) ved salgstidspunktet som rapporteres til BS. Statistikken inkluderer kun salg i apotek, ikke salg av reseptfrie legemidler i f.eks. dagligvarehandelen.

HANDELSVARER

BS omfatter også omsetning av andre helsepleieartikler og varer som selges i apotek. Siden det ikke finnes noe felles klassifiseringssystem i apotekbransjen for denne kategorien varer, er det ikke mulig å gruppere dem i logiske kategorier.

ANNEN LEGEMIDDEL-STATISTIKK I NORGE

Statistikken i "Legemiddelforbruket i Norge" utgitt av Nasjonalt Folkehelseinstitutt (FHI) og "Tall og fakta" utgitt av Legemiddelindustriforeningen (LMI) er basert på innrapportert salg fra grossist til apotek. For reseptfrie legemidler er priser i disse publikasjonene estimert ut fra innrapportert apotek innkjøpspris (AIP) og en standard faktor. For reseptpliktige legemidler er AUP beregnet ut fra AIP og fastsatt avanse. Omsetningstall er følgelig ikke direkte sammenlignbare.

Avvik gjelder spesielt legemidler med lav omsetning hvor bl.a. lageroppbygging/-nedbygging kan forklare forskjellene.

Andre publikasjoner inneholder heller ikke opplysninger om kunder/pasienter, som alders- og kjønnsfordeling eller refusjonshjemmel.

APOTEKENES KJERNE- VIRKSOMHET

Apotekbransjen i Norge har etablert egne bransjestandarder for god farmasipraksis. Standarden er laget med utgangspunkt i Verdens helseorganisasjons (WHOs) retningslinjer for "Good Pharmacy Practice (GPP) in Community and Hospital Settings". Bransjestandarden definerer apotekenes kjernevirksomhet slik:

- Resept og rekvisisjon
- Egenomsorg
- Rasjonell legemiddelforskrivning og -bruk
- Helsefremmende og forebyggende virksomhet

Standardene uttrykker bransjens krav til seg selv i forholdet til kunden og samfunnet, ved å stille kvalitetskrav til apotekenes virksomhet innen de fire kjerneområdene.

Bransjestandardene er basert på at det er kundens/pasientens behov og rettigheter som står i sentrum. Farmasøyter og apotek teknikere yter som autorisert helsepersonell helsehjelp på legemiddelområdet i henhold til lovens krav om forsvarlig yrkesutøvelse.

RESEPT OG REKVISISJON

Å forebygge, identifisere og løse legemiddelrelaterte problemer for den enkelte kunde/pasient er sentrale elementer i apotekenes virksomhet. Dette krever tett kontakt med

forskrivere og omfattende veilednings- og rådgivningsvirksomhet overfor kunder/pasienter med sikte på at de forstår formålet med behandlingen og mestrer gjennomføringen. Mestring har betydning for effekten av behandlingen. Vurdering og oppfølging av legemiddelforskrivning og -bruk på kunde/pasientnivå i apoteket bidrar til rasjonell legemiddelbruk, bl.a. i form av mindre unødvendig legemiddelbruk.

EGENOMSORG

Kunden/pasienten kan bidra til å forebygge og behandle plager og sykdommer, og å ivareta god helse – med eller uten bruk av legemidler og tilgrensende produkter. Apotekene skal på sin side gi råd og veiledning knyttet til symptomer og andre helserelaterte behov som kunden/pasienten presenterer, og skal gi veiledning i valg og bruk av reseptfrie legemidler. Apoteket er ofte det første kontaktpunktet med helsetjenesten, og apotekene kan dermed bidra aktivt til rasjonell bruk av andre deler av helsetjenesten ved å henvise til lege eller annet helsepersonell.



RASJONELL LEGEMIDDEL- FORSKRIVNING OG -BRUK

Direktekontakten med legemiddelbrukere, forskrivere og annet helsepersonell gir apotekene innsikt i befolkningens legemiddelbruk. Apotekene bidrar til bedre legemiddelbruk ved å kommunisere sine erfaringer til myndigheter og det øvrige helsevesen.

HELSEFREMMENDE OG FOREBYGGENDE VIRKSOMHET

Sammen med myndigheter, helsevesen, relevante organisasjoner, bruker- og pasientgrupper arbeider apotekene for å gjøre folk i stand til å ta bedre vare på helsen sin, og til å forebygge sykdom. Apotekene deltar i nasjonale og lokale helserettede kampanjer, som for eksempel røykesluttkampanjer. Apotekene fremmer sunn livsstil ved formidling av informasjon og målrettet rådgivning og veiledning innen folkehelseområdet.

For fullstendig gjengivelse av BRansjestandarder for Apotek – BRA, se Norges Apotekerforenings hjemmesider www.apotek.no

DEL I
APOTEK

1. APOTEK I NORGE

APOTEKDEKNING

Apotekdekningen i Norge har aldri vært bedre. Sammenlignet med 2001, da apoteklovgivningen ble deregulert med hensyn til eierskap og etablering, er det etablert 157 flere apotek. Bare i løpet av 2005 har vi fått 19 flere apotek her i landet, og det var per 1. januar 2006 554 apotek fordelt på 237 kommuner. 13 av de 19 nye apotekene er etablert i mindre byer og tettsteder.

Mange av de nye apotekene er etablert i områder med lav apotekdekning. 12 apotek er etablert i kommuner som ikke hadde apotek, mens 30 kommuner har fått sitt andre apotek i løpet av de siste fem årene. I løpet av disse fem årene er ikke et eneste distriktsapotek lagt ned.

De tre integrerte apotekkjedene (Alliance apotek, Apotek 1 og Vitus apotek) og Helse- og omsorgsdepartementet inngikk høsten 2005 en ny distriktsapotekavtale som sikrer drift av alle landets distriktsapotek. Avtalen løper til 1. juli 2007. Distriktsapotekavtalen gjelder for alle kommuner der det per 1. mars 2005 ikke var flere enn ett privat apotek. Avtalen sikrer kommunene en apotekdekning på minimum samme nivå som 1. mars 2005.

Dette er en utvidelse av tidligere avtale og omfatter nå apotek i 159 kommuner. Avtalen innebærer at kjedene forplikter seg til at en av dem skal åpne apotek, dersom det eneste eksisterende apoteket i en kommune blir lagt ned. Forpliktelsen til å åpne apotek går på omgang mellom de tre kjedene.

Tabell 1.1 viser fordelingen av antall apotek som er 100 prosent eid av apotekkjedene, sykehusapotek som er offentlig eid og andre apotek som enten er selveid eller deleid av kjedene

Det er i dag 29 offentlige eide apotek (sykehusapotek) i Norge. Sykehusapotekene er en del av spesialisthelsetjenesten. Som følge av spesialisthelsetjenestereformen ble de organisert i egne helseforetak eller ansvarlige selskaper, eid av de regionale helseforetakene med følgende fordeling:

- Apotekene Vest Helseforetak (4 apotek)
- Sykehusapoteket Nord HF (2 apotek)
- Sykehusapotekene Midt-Norge Helseforetak (4 apotek)
- Sykehusapotekene ANS (19 apotek), eid av Helse Sør og Helse Øst



Distriktsapotekavtalen ble undertegnet av daværende helse- og omsorgsminister Ansgar Gabrielsen og de tre kjededirektørene Marit Lambeckth (Allianse apotekene), Øyvind Winther (Apotek 1) og Arne Øverby (NMD). Helt til venstre adm direktør Kai Finsnes (NAF)

I tillegg er to sykehusapotek eid av ideelle stiftelser som har avtale med et helseforetak:

- Stiftelsen Det norske Diakonhjem (1 apotek)
- Stiftelsen Diakonissehuset Lovisenberg (1 apotek)

Dato	Alliance- apotek, heleide	Apotek 1, heleide	Vitus- apotek, heleide	Offentl. sykehus- apotek	Andre, her- under deleide kjedeapotek	Sum
01.01.2001	–	–	–	28	369	397
01.01.2002	66	77	91	28	199	461
01.01.2003	89	130	100	30	153	502
01.01.2004	109	155	106	30	120	520
01.01.2005	114	168	113	30	110	535
01.01.2006	120	180	120	31	103	554

Tabell 1.1: Antall apotek fordelt etter eierskap, 2001–2006



ANTALL APOTEK ETTER KJEDETILKNYTNING

Kjedetilknytningen følger enten av eierskap eller av avtale mellom apotekeieren og kjeden.

Alle sykehusapotekene og flere av apotekene som ikke er heleid av noen apotekkjede, er medlem av Ditt Apotek. Ditt Apotek er det avtalebaserte kjedetilbudet (innkjøps- og sortimentssamarbeid) som NMD Grossisthandel tilbyr sykehusapotekenes kanal til publikum (publikumsekspedisjonene) samt apotekere som helt eller delvis eier og driver sitt eget apotek. Ditt Apotek har i dag 82 medlemmer.

Et fåtall apotek (15 apotek) er ikke tilknyttet noen kjede på annen måte enn gjennom en leveringsavtale med en grossist. Slik avtale hindrer ikke levering fra konkurrerende grossister.

	01.01.05	01.01.06
Apotek 1	211	216
Vitusapotek	115	121
Alliance- apotekene	114	120
Ditt apotek	82	82
Frittstående apotek	13	15

Antall apotek fordelt etter kjedetilknytning

GEOGRAFISK FORDELING

Oslo, med sine 70 apotek, er naturlig nok den kommunen med flest apotek. Deretter følger Bergen, Trondheim, Bærum, Drammen og Stavanger (se tabell 1.3).

De tre Østfold-byene Fredrikstad, Sarpsborg og Moss har høy apotekdekning, og følger på henholdsvis 7., 9. og 10. plass på listen over flest apotek per kommune. Moss er den kommunen på listen med færrest innbyggere per apotek. Dette gjør at Østfold ligger godt over landsgjennomsnittet for apotekdekning (se tabell 1.4).

På fylkesnivå er det Nord-Trøndelag som har best apotekdekning målt ved antall innbyggere per apotek. Nord-Trøndelag har 19 apotek fordelt på 12 av fylkets 24 kommuner. Deretter følger Oppland med 27 apotek fordelt på 17 kommuner.



	By/tettsted	Antall innbyggere per apotek	Antall apotek
1	Moss	4 006	7
2	Drammen	5 715	10
3	Tønsberg	6 075	6
4	Arendal	6 613	6
5	Skedsmo	7 016	6
6	Sarpsborg	7 108	7
7	Bodø	7 402	6
8	Oslo	7 569	70
9	Trondheim	7 808	20
10	Fredrikstad	7 824	9
11	Bærum	8 053	13
12	Kristiansand	8 452	9
13	Tromsø	10 426	6
14	Bergen	11 391	21
15	Stavanger	11 399	10

Tabell 1.3 Byer og tettsteder i Norge etter antall innbyggere per apotek og antall apotek.
Kilde: NAF og SSB (befolkning per 1. januar 2005)

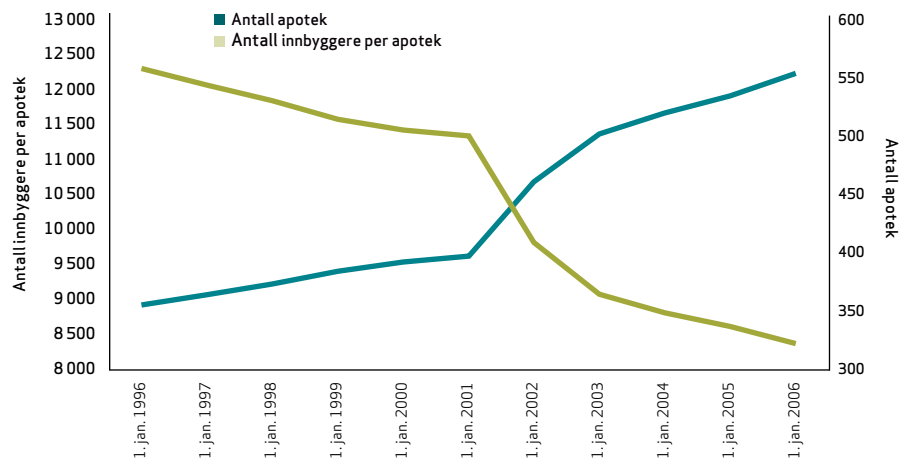
Hordaland har lavest apotekdekning, med i underkant av 3 500 flere innbyggere per apotek enn landsgjennomsnittet. I Hordaland er også andelen kommuner med apotek lavere enn gjennomsnittet. På landsbasis er det nå apotek i 54 prosent av kommunene, mens det i Hordaland er apotek i bare 36 prosent av kommunene. Rogaland er fylket med nest lavest apotekdekning målt i antall innbyggere per apotek. I Rogaland er det imidlertid apotek i nesten 60 prosent av kommunene.

Det er Nordland og Akershus som har hatt størst bedring i apotekdekningen fra 2000, målt med antall innbyggere per apotek.

Antall innbyggere per apotek gir ikke et "hel-dekkende" bilde av apotekdekningen i et geografisk område. Det kan godt være at apotekdekningen oppleves som relativt forskjellig i Oslo og Finnmark, selv om de ved å måle i antall innbyggere per apotek kommer noenlunde likt ut.

Fylke	Antall apotek		Antall innbyggere per apotek		
	01.01.2000	01.01.2006	01.01.2000	01.01.2006	% endring
Nord-Trøndelag	12	19	10 566	6 760	-36,0
Oppland	24	27	7 593	6 784	-10,7
Hedmark	21	27	8 872	6 977	-21,4
Østfold	24	37	10 251	6 988	-31,8
Sogn og Fjordane	13	15	8 281	7 135	-13,8
Aust-Agder	9	14	11 276	7 400	-34,4
Oslo	46	70	10 932	7 569	-30,8
Buskerud	23	32	10 218	7 609	-25,5
Møre og Romsdal	25	32	9 702	7 647	-21,2
Sør-Trøndelag	22	34	11 857	8 017	-32,4
Finnmark	7	9	10 580	8 119	-23,3
Nordland	22	29	14 396	8 166	-43,3
Telemark	15	20	10 968	8 314	-24,2
Akershus	31	56	14 857	8 825	-40,6
Vest-Agder	13	18	11 846	8 960	-24,4
Vestfold	17	24	12 395	9 197	-25,8
Troms	11	16	13 655	9 546	-30,1
Rogaland	27	37	13 669	10 624	-22,3
Hordaland	30	38	14 396	11 799	-18,0
Sum hele landet	392	554	11 540	8 315	-27,9

Tabell 1.4: Fylker i Norge etter antall innbyggere per apotek og antall apotek
Kilde: NAF og SSB (befolkning per 1. januar 2005)



Figur 1.1: Antall apotek og antall innbyggere per apotek. Kilde: NAF og SSB (befolkning per 01.10.2005)

ANTALL INNBYGGERE PER APOTEK I NORGE

På OECD-rankingen fra 2001 hadde Norge det nest høyeste antallet innbyggere per apotek. Selv om antall innbyggere per apotek er blitt kraftig redusert etter dereguleringen i Norge, har Norge fortsatt relativt høyt antall innbyggere per apotek sammenlignet med mange europeiske land. Det kan være flere årsaker dette. Det kan være geografiske årsaker, eller at apotekene ellers i Europa har et annet og større varespekter enn norske apotek, eller at de har en ordning med fast apotek for befolkningen på linje med vår fastlegeordning.

ANTALL KUNDEBESØK OG RESEPTKSPEDISJONER I APOTEK

I 2005 var det totalt 40 millioner kundebesøk i norske apotek. Til sammenligning var antallet kundebesøk i 2004 39,5 millioner. Med kundebesøk menes summen av alle ekspedisjoner i kassen i apotek.

I 2005 var gjennomsnittlig antall ordinasjoner, dvs antall legemidler per resept, 1,49 på blå resept, mens for hvit resept var gjennomsnittlig antall ordinasjoner på 1,18.

Resepttyper	2005		2004		% endring 2004–2005
	Antall resept-ekspedisjoner	% andel	Antall resept-ekspedisjoner	% andel	
Hele "blåresept"-ordningen	11 857 580	46,2	11 582 095	46,7	2,4
"Hvit" - normalresept	13 006 372	50,7	12 438 309	50,2	4,6
Forenklet oppgjør i bidragsordningen, § 5.22 i Folketrygdloven*	170 200	0,7	160 818	0,6	5,8
Diverse**	611 933	2,4	611 780	2,5	0,0
Sum reseptekspedisjoner	25 646 085	100,0	24 793 002	100,0	3,4

*) Gjelder enkelte legemidler ved kreft og immunsvikt (sterke smertestillende midler, sovemidler m.m.) hvor kunden ikke avkreves egenbetaling.

**) Inkluderer bl.a. resepter fra veterinærer, resepter til vernepliktige, og resepter som refunderes av annen bidragsytende instans enn RTV (helseforetakene, Jernbanens sykekasse etc).



2. ANSATTE, UTDANNING OG KOMPETANSE

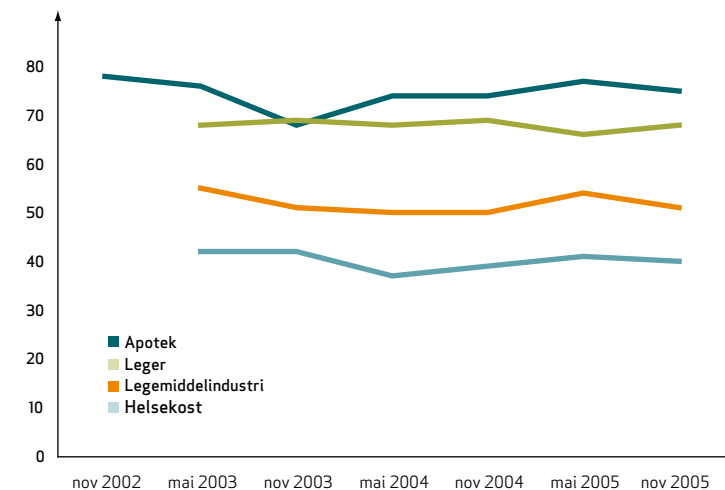
KVALITET OG TRYGGHET

Veiledning i riktig legemiddelbruk både til kunder og helsepersonell er viktig fordi riktig bruk av legemidler kan forebygge, lindre og helbrede sykdom og dermed medvirke til god helse.

Den farmasøytiske kompetansen i apotek bidrar også til å forhindre feilbruk av legemidler, og fange opp bivirkninger som – hvis uoppdaget – kan føre til sykdom og skade.

Hele befolkningen er apotekets kunder. Mange av kundene er eldre, og mange krever spesiell omtanke, kompetanse og hjelp.

Apotekene er ressursentra for kunnskap om legemidler og riktig bruk av dem. Tilliten til apotekene er stor. Dette fremkommer i kundeundersøkelser hvor apotekene forbindes med kvalitet, trygghet og kvalifisert personale. Se figur 2.1.



Figur 2.1 Utviklingen i tillit til ulike helsebransjer 2002–2005.

Kilde: TNS Gallup Apotekbarometeret 2005

HELSEPERSONELL I APOTEKET

Fagpersonalet i apotek omfatter apotekeren, provisorer, reseptarer, apoteketeknikere og enkelte sykepleiere. Apoteker, provisor og reseptar er farmasøyter og har rett til selvstendig å ekspedere legemidler etter resept og rekvisisjon.

Farmasøyter, apoteketeknikere og sykepleiere i apotek er autorisert helsepersonell. Gjennom helsepersonelloven er de underlagt samme grunnleggende lovverk som andre grupper helsepersonell. Helsepersonelloven gir helsepersonell en rekke plikter som står i forhold til de rettigheter pasientene har etter pasientrettighetsloven. Dette lovverket gir i kombinasjon med autorisasjonsordningen en offentlig kvalitetssikring av yrkesutøvelsen i apotek og bidrar til å styrke pasientsikkerheten. Sentralt i lovgivningen står krav til forsvarlig yrkesutøvelse, vedlikehold av kompetanse, regler for taushetsplikt og dokumentasjon av helsehjelp som ytes av helsepersonell.

Kategori	1. januar 2002		1. januar 2006	
	Antall ansatte	Antall årsverk	Antall ansatte	Antall årsverk
Apotekere/driftskonsesjonærer	342	340	423	411
Master i farmasi (cand. pharm)	524	441	578	502
Bachelor i farmasi (reseptarer)	903	758	1095	929
Apotekteknikere med fagutdannelse	2709	2237	2746	2232
Apotekteknikere uten fagutdannelse	1444	1058	1057	801
Sykepleiere	16	11	37	25
Rengjøringsass.	258	142	164	81
Andre, økonomer m.v	29	22	48	38
Sum	6225	5009	6148	5019

Tabell 2.1 Ansatte i apotek

PERSONALKATEGORIEN I APOTEKET

APOTEKER

Apotekeren er lederen i apoteket og er den som innehar konsesjon for driften av apoteket. Apoteker har femårig universitetsutdanning i farmasi. Etter innføring av nytt gradssystem gir universitetene nå graden master i farmasi.

PROVISOR

En farmasøyt på apotek som har graden master i farmasi, men som ikke er apoteker, har tittelen provisor.

RESEPTAR

Reseptarutdanningen er en treårig høyskoleutdanning. Etter innføring av nytt gradssystem ved høyskolene, gir høyskolene nå graden bachelor i farmasi.

APOTEKTENIKER

Apotekteknerutdanningen er en utdanning i videregående skole innenfor studieretning for helse- og sosialfag.



ANSATTE I APOTEKET

Det utføres i dag om lag samme antall årsverk i apotek som i 2002. Prosentandelen farmasøyter er imidlertid økende fra 31 prosent til 37 prosent på bekostning av apotekteknikere, som er redusert fra 67 prosent til 60 prosent. Det er spesielt for gruppen apotekteknikere uten fagutdanning nedgangen er markant. Økningen i antall årsverk utført av sykepleiere, økonomer og andre viser at nye grupper er på vei inn i apotekene, selv om andelen fortsatt er svært liten samlet sett. Se tabell 2.1

UTDANNINGENE

- Master i farmasi (cand. pharm./farmasøytisk kandidat)
- Bachelor i farmasi (reseptar)
- Apotekteknerutdanningen

MASTER I FARMASI (CAND. PHARM./FARMASØYTISK KANDIDAT)
Farmasiststudiet kan tas ved følgende universiteter:

- Universitetet i Oslo, ved Farmasøytisk institutt som hører inn under Det matematisk naturvitenskapelige fakultet
- Universitetet i Tromsø, ved Institutt for farmasi som hører inn under Det medisinske fakultet
- Universitetet i Bergen, ved senter for farmasi, et tverrfakultært studium under både Det matematisk naturvitenskapelige og Det medisinske fakultet.

Studiet tar 5 år og består av et grunnstudium og en masteroppgave. En praksisperiode på seks måneder gjennomføres som en del av studiet.

Masteroppgaven gir mulighet til fordypning i et farmasøytisk fagområde og består av en forskningsoppgave. Flere opplysninger om de enkelte studier, opptaksvilkår med mer finnes på det enkelte universitets hjemmeside.

Universitetet i Oslo
Farmasøytisk institutt
Postboks 1068 Blindern, 0301 Oslo
Tlf 22 85 65 85
www.farmasi.uio.no

Universitetet i Tromsø
Institutt for farmasi
9037 Tromsø
Tlf 77 64 61 50
www.farmasi.uit.no

Universitetet i Bergen
Senter for farmasi
Allégaten 41, 5007 Bergen
Tlf 55 58 96 82
www.uib.no/farm

BACHELOR I FARMASI (RESEPTAR)
Høgskoleutdanningen kan tas ved følgende høgskoler:

- Høgskolen i Oslo, Avdeling for helsefag
- Høgskolen i Nord-Trøndelag, Avdeling for Helsefag i Namsos

Reseptarutdanningen er et treårig studium som omfatter teoretisk undervisning og praksisperioder på til sammen seks måneder på apotek. Flere opplysninger om de enkelte studier, opptaksvilkår med mer finnes på den enkelte høgskoles hjemmeside.

Høgskolen i Oslo
Avdeling for helsefag
Reseptarutdanningen
Pilestredet 52, 0167 Oslo
Tlf 22 45 23 30
www.hio.no

Høgskolen i Nord-Trøndelag
Avdeling for Helsefag i Namsos
Reseptarutdanningen Namsos
Postboks 354, 7801 Namsos
Tlf 74 21 23 30
www.hint.no/studier/

APOTEKTEKNIKERUTDANNINGEN

Apotekteknikere utdannes ved videregående skole. Utdanningen gir ikke rett til selvstendig å ekspedere legemidler etter resept eller rekvisisjon (ekspedisjonsrett), men apotek-teknikere har viktige oppgaver i forbindelse med service og kundekontakt, informasjon til publikum, varebehandling og kontorarbeid. Her følger en oversikt over videregående skoler med apotekteknikerutdanning. De fleste skolene har egne hjemmesider med mer informasjon om utdanningen.

Bamble videregående skole
Tøndervn 6, 3596 Stathelle
Tlf. 35 96 86 50
www.bamble.vgs.no

Bergeland videregående skole
Vaisenhusgt. 50, 4012 Stavanger
Tlf. 51 56 94 00
www.bergeland.vgs.no

Borgund videregående skole
Yrkesskolevegen 20, 6011 Ålesund
Tlf. 70 17 41 10
www.borgund.vgs.no

Brundalen videregående skole
Brundalen, 7058 Jacobsli
Tlf. 73 89 14 00
www.brundalen.vgs.no

Færder videregående skole
Norbyen 40, 3111 Tønsberg
Tlf. 33 30 96 00
<http://ferdervgs.vfk.no>

Overhalla videregående skole
7863 Overhalla, Tlf. 74 28 20 50
www.overhalla.vgs.no

Halden videregående skole
1754 Halden
Tlf. 69 21 66 00
www.halden.vgs.no

Ringsaker videregående skole
Postboks 147, 2381 Brumunddal
Tlf. 62 35 58 00
www.ringsaker.vgs.no

Sofienberg tekniske fagskole
Trondheimsvn. 48 , 0560 Oslo
Tlf. 23 46 41 00
www.sofie-tf.vgs.no

Vennesla videregående skole
Postboks 158, 4701 Vennesla
Tlf. 38 15 24 00
www.vennesla.vgs.no

Vefsn videregående skole
Postboks 304, 8661 Mosjøen
Tlf. 75 41 10 00
www.vefsn.vgs.no

Ås videregående skole
Postboks 10 , 1431 Ås
Tlf. 64 97 57 00
www.akershus-f.kommune.no/vgs/as

Åsane videregående skole
Åsamyrane 289 , 5131 Nyborg
Tlf. 55 95 69 00
<http://avs.hfk.no>



3. APOTEKØKONOMI

OMSETNING I APOTEK

Apotekene hadde i 2005 en totalomsetning på i overkant av 19,2 milliarder kroner inkl. merverdiavgift.

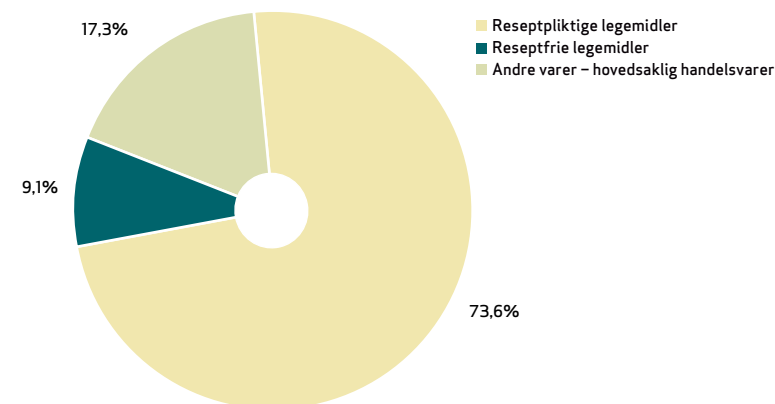
Dette representerer en vekst på 4,2 % sammenlignet med 2004.

Tabell 3.1 viser at veksten i omsetningen i apotek er lavere dersom en unntar merverdiavgift. Det skyldes at merverdiavgiften på legemidler økte fra 24 prosent i 2004 til 25 prosent i 2005. For nærmere angivelse av omsetningens fordeling, se figur 3.1 og omtale i Del III–V.

Gjennomsnittlig omsetning per apotek var i 2005 anslagsvis 35,3 mill. kroner, en vekst på 1 prosent sammenlignet med 2004. Til grunn for dette anslaget ligger gjennomsnittlig antall apotek i henholdsvis 2004 og 2005. At veksten i den gjennomsnittlige omsetningen er lavere enn totalomsetningen, henger sammen med at det ble 3,6 prosent flere apotek i 2005. Dersom en ser bort fra merverdiavgiften, har det reelt sett vært en stabil gjennomsnittsomsetning per apotek. Se tabell 3.1.

	2005 mill kr	Endring (%) 2004–2005
Total omsetning i apotek, inkl. mva	19 222,8	4,2
Total omsetning i apotek, ekskl. mva	15 386,2	3,4
Gjennomsnittlig omsetning per apotek inkl. mva	35,3	1,0
Gjennomsnittlig omsetning per apotek ekskl. mva	28,3	0,2

0Tabell 3.1: Total og gjennomsnittlig omsetning i apotek inkl. og ekskl. merverdiavgift (mill kr)



Figur 3.1 Apotekenes omsetning fordelt på legemidler og andre apotekvarer

APOTEKENES VAREFORBRUK/ BRUTTOMARGIN ETTER RESEPTTYPE

Apotekenes bruttomargin defineres som den prosentvise andelen av apotekets utsalgspris (AUP) uten merverdiavgift, som ikke går til innkjøp av legemidler (vareforbruket). Bruttomarginen skal følgelig dekke alle kostnadene til apoteket (lønn, husleie etc). Sammenhengen mellom bruttomarginen i prosent og vareforbruksprosenten kan fremstilles på følgende måte: $\text{Bruttomargin} = 100 - \text{vareforbruksprosenten}$

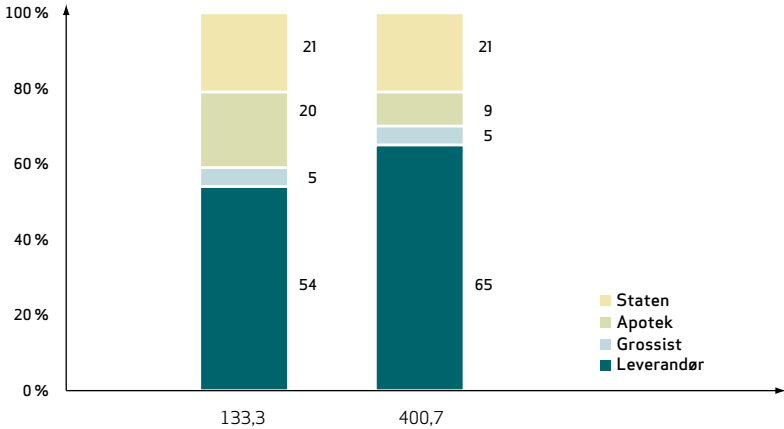


Resept-type	Andel av omset-ning etter resept	Brutto-margin 2005	Endring (%) 2004–2005
Blå resept	79,0	14,86	1,0
Hvit resept	18,0	28,81	-1,6
Total		17,57	0,6

Tabell 3.2 Apotekenes bruttomargin 2005 fordelt etter type resept samt endring (%) fra 2004–2005. Kilde: NAF.

Tabell 3.2 viser at apotekenes bruttomargin på legemidler som selges på blå resept ble styrket i 2005 sammenlignet med 2004. For legemidler som selges på hvit resept var det imidlertid en sterkere prosentvis reduksjon. Siden omsetningen av legemidler på blå resept utgjør i underkant av 80 prosent av apotekenes omsetning av reseptpliktige legemidler, var det likevel en økning i den samlede bruttomarginen for reseptpliktige legemidler på 0,58 prosentpoeng.

Veksten i apotekenes bruttomargin på blå resept må ses i sammenheng med innføringen av trinnprissystemet fra 1. januar 2005 (se nærmere omtale av systemet i kapittel 6). Trinnprissystemet har bidratt til betydelig lavere priser på de legemidlene som er inkludert. Trinnprisene er regulert på AUP-nivå (apotekenes utsalgspris), og dersom apotekene lykkes i å beholde noe av tidligere kroneavanse på et trinnprislegemiddel som faller vesentlig i pris, vil dette slå ut i økt prosentmargin, men ikke nødvendigvis økt kroneavanse.



Figur 3.2 Hvem får hva av en gjennomsnittlig legemiddelpakning på hvit og blå resept

I figur 3.2 er aktørenes marginfordeling illustrert for en gjennomsnittlig hvitresept- og blåresept pakning. Marginandelene varierer med prisen. Figuren viser at det er leverandørene (legemiddelindustrien) som sitter igjen med den største andelen av det omsatte legemidlet, og andelen øker med økende pris. Tilsvarende reduseres apotekenes andel med økende pris. Det er her lagt til grunn regulert maksimal apotekavance. Statens andel er 21 prosent og består av merverdiavgift og legemiddelavgift (1,3 prosent målt i apotekenes innkjøpspris). Grossistmarginen er i illustrasjonen satt anslagsvis til 5 prosent.

APOTEKENES
REGNSKAPER 2004

Statens legemiddelverk innhenter regnskapsdata fra private apotek. På bakgrunn av disse dataene utgir Legemiddelverket et rundskriv med statistikk over apotekøkonomien¹. Siden den presenterte statistikken kun omfattes av apotek som har hatt drift i hele regnskapsåret, avviker følgelig driftsinntektene og alle andre opplysninger sterkt fra den totale omsetningen fra apotek. Legemiddelverkets statistikk gir derfor ikke nødvendigvis et relevant uttrykk for utviklingen i apotekenes økonomi.

¹ http://www.legemiddelverket.no/templates/InterPage_18384.aspx

DEL II

LEGEMIDDELPRISER



4. LEGEMIDDELPRISER I NORGE OG INTERNASJONALT

LEGEMIDDELPRISER I NORGE

Felles for de fleste land det er naturlig å sammenligne norske legemiddelpriser med, er at myndighetene i en eller annen form regulerer priser på legemidler. Den viktigste begrunnelsen for dette er å skjerme befolkningen og refusjonsordningene mot urimelig høye legemiddelutgifter som følge av at forutsetningene for pris konkurranse er dårligere i legemiddelmarkedet enn i de fleste andre markeder.

Viktigst i denne sammenheng er mangelen på konkurrerende alternativer siden legemidlet er patentbeskyttet, samt systemet med tredjepartsfinansiering. Det siste fører til lav prisfølsomhet, ettersom den som betaler legemidlet (refusjonsordningen) er en annen enn den som bestemmer legemiddelbruken (legen).

Det er imidlertid variasjoner i hvilke regulerings tiltak de ulike landene har tatt i bruk for å sikre lavere priser, bl.a. i forhold til markedssegmenter hvor det er grunnlag for priskonkurranse (reseptfrie legemidler og generiske legemidler).

Hovedprinsippene i det norske prissystemet stammer fra 1995. Forskrift om prisfastsettelse av legemidler av 16. desember 1994 nr. 1116 trådte i kraft 1. januar 1995. Den opphevet kravet om like priser over hele landet, samt ordningen med priskontroll på reseptfrie legemidler. Regulering av prisen fra produsent til grossist, dvs. grossistenes innkjøpspris (GIP), ble også avviklet. I stedet innførte man et maksimalprissystem, hvor myndighetene fastsetter en maksimal pris for hvert reseptpliktig legemiddel som godkjennes for markedsføring i Norge. Fastsettelsen av en maksimalpris er en prosedyre i to trinn. Først fastlegges en maksimal innkjøpspris til apotekene (AIP) på det aktuelle legemidlet. Derneft bestemmes en maksimal avanse som apotekene kan beregne seg ved salg av legemidlet. Tillagt 25 prosent merverdiavgift bestemmer dette legemidlets maksimale utsalgspris fra apotek (AUP).

Prinsippene fra 1995 er videreført i någjeldende prisforskrift, som er inntatt i kapittel 12 i legemiddelforskriften (jf. forskrift 22. desember 1999 nr. 1559 om legemidler §§ 12-1 – 12-8). I 2000 endret imidlertid myndighetene grunnlaget for fastsettelsen av AIP. I stedet for å vektlegge legemidlets terapeutiske verdi skulle det heretter tas hensyn til pris på legemidlet i andre EØS-land ved fastsetting av prisen. Statens legemiddelverk har utarbeidet retningslinjer for fastsettelse av maksimal AIP, hvor hovedregelen er at maksimal AIP fastsettes lik gjennomsnittet av de tre laveste markedsprisene på legemidlet i følgende land: Sverige, Finland, Danmark, Tyskland, Storbritannia, Nederland, Østerrike, Belgia og Irland. Denne typen prisregulering betegnes ofte som ”internasjonal referanseprising”.

Det vises til kapittel 7 for nærmere omtale av det norske prissystemet – trinnprissystemet – for legemidler med generisk konkurranse.



Gjennomsnittlig pris pr pakning	Desember 2005	% endring 2004-2005
Blå resept	400,7	-0,2
Hvit resept	133,3	-1,1

Tabell 4.1
Gjennomsnittlig pris per pakning etter resepttype

GJENNOMSNIITTSPRISER PER RESEPTTYPE

I desember 2005 kostet en legemiddelpakning på blå resept i gjennomsnitt kr 400,70 inkl. mva ut fra apoteket. Tilsvarende legemiddelpakning kostet kr 401,60 i desember 2004. Dersom en justerer for økningen i merverdiavgiften fra 24 til 25 prosent fra 1. januar 2005, innebærer dette at gjennomsnittspakningen har blitt én prosent billigere. For en slik pakning får apoteket en bruttoavanse på kr 41,50, hvorav kr 3,60 må betales til staten i form av legemiddelavgift. I tillegg utgjør mva kr 80,10 (25 prosent i 2005).

En legemiddelpakning på hvit resept kostet i gjennomsnitt kr 133,30 inkl. mva, en reduksjon fra kr 134,70 i desember 2004. Dersom en justerer for økningen i merverdiavgiften, innebærer dette at gjennomsnittspakningen

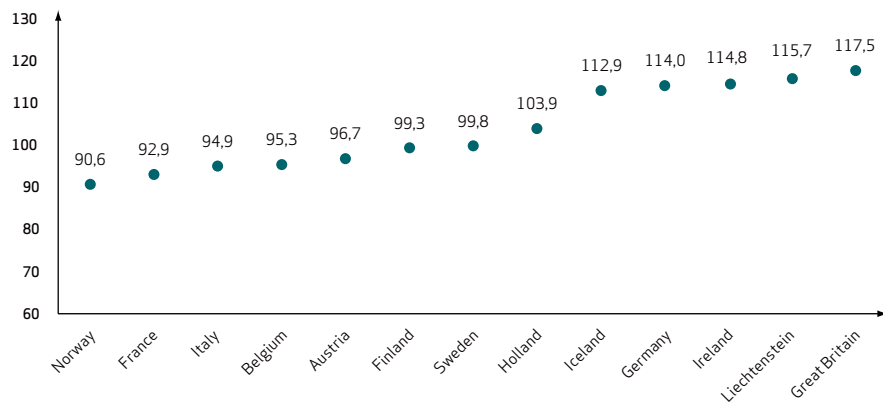
har blitt 1,9 prosent billigere. For en slik pakning får apoteket en bruttoavanse på kr 27,80, hvorav kr 1,- må betales til staten i form av legemiddelavgift. I tillegg krever staten inn kr 26,70 i mva (25 prosent i 2005). Se for øvrig figur 3.2 for illustrasjon av marginfordeling mellom markedsaktørene for gjennomsnittspakningene.

PRISUTVIKLING FOR DE MEST OMSATTE VIRKESTOFFENE I NORGE (PRIS PER DDD)

Prisfallet for virkestoffet alendronic acid (Fosamax) gjenspeiler at Fosamax mistet sin patentbeskyttelse, ble utsatt for generisk konkurranse og innlemmet i trinnprissystemet fra 1. desember 2005. For de øvrige virkestoffene har det vært mindre prisendringer, bl.a. som følge av de årlige revisjonene av maksimalprisene som Statens legemiddelverk gjennomfører.

	ATC-nr 5-nivå	Virkestoff	Merkenavn eksempler	Gjennomsnittspris per DDD desember 2005	% endring 2004-2005
1	C10AA05	Atorvastatin	Lipitor	5,0	-7,4
2	L04AA11	Etanercept	Enbrel	406,6	-0,3
3	R03AK06	Salmeterol combination	Seretide	17,3	0,0
4	A02BC05	Esomeprazole	Nexium	13,5	-6,9
5	N02BE01	Paracetamol	Pinex, Panodil, Paracet	7,1	0,0
6	N05AH03	Olanzapine	Zyprexa	44,3	0,0
7	L04AA12	Infliximab	Remicade	218,8	0,9
8	R03AK07	Formoterol combination	Symbicort	17,7	-2,7
9	C07AB02	Metoprolol	Selo-Zok	5,0	4,2
10	C10AA01	Simvastatin	Zocor	1,9	-5,0
11	C09DA01	Losartan and diuretics	Cozaar Comp	8,6	6,2
12	N02CC01	Sumatriptan	Imigran	68,8	2,7
13	N02AA59	Codeine, comb. excl. psycholeptics	Paralgin Forte, Pinex Forte	7,1	1,4
14	M05BA04	Alendronic acid	Fosamax	9,0	-20,4
15	H01AC01	Somatropin	Genotropin, Humatrope	229,2	-5,4
16	N07BA01	Nicotine	Nicotinelle, Nicorette	27,3	2,6
17	L02BB03	Bicalutamide	Casodex	46,2	0,4
18	N06AB10	Escitalopram	Cipralex	7,4	-1,3
19	A10AC01	Insulin (human)	Actrapid	9,4	-1,1
20	M01AE01	Ibuprofen	Ibux	6,5	-4,4
21	N06AX16	Venlafaxine	Efexor	13,0	1,6
22	N03AX09	Lamotrigine	Lamictal	41,1	-4,0
23	L04AA17	Adalimumab	Humira	419,9	0,6
24	L03AB07	Interferon beta-1a	Avonex, Rebif	136,7	-6,7
25	G04BD07	Tolterodine	Detrusitol	16,6	-9,3

Tabell 4.2
Prisutvikling (pris per DDD) for de 25 mest omsatte virkestoffene målt i verdi Norge for 2004-2005



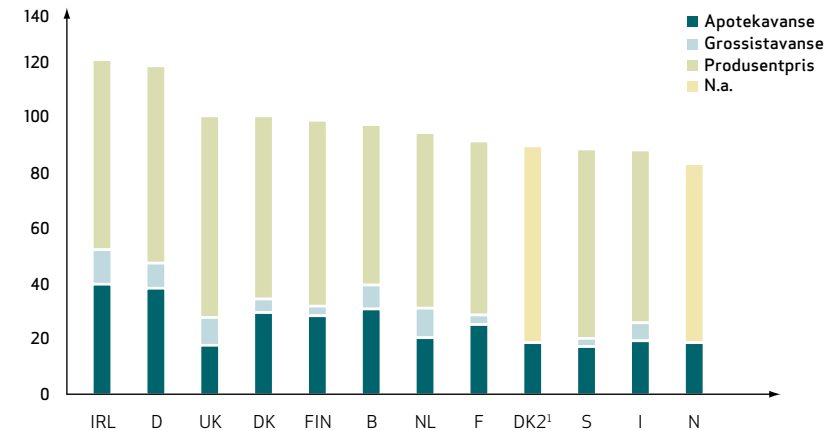
Figur 4.1 Prisindeks for legemidler 2003 (apotekenes innkjøpspris – AIP), for utvalgte varenumre i 13 europeiske land. Kilde: Jørgensen, Keiding Institute of Economics, University of Copenhagen, mars 2004

PRISSAMMENLIGNINGER MED ANDRE LAND

LEGEMIDLER MED PATENT- BESKYTTELSE

Jørgensen og Keiding ved Københavns Universitet, har beregnet prisindeks for legemidler i 13 utvalgte nord- og vesteuropeiske land med utgangspunkt i innrapporterte priser til den danske Lægemiddelstyrelsen. Ved beregningen av prisindeks har de bl.a. lagt til grunn opplysninger om omsetning i kroner og antall solgte pakninger i Danmark. På denne bakgrunn har de forsøkt å vise hva det typiske danske legemiddelforbruket av et utvalg legemidler ville koste i de 13 utvalgte landene.

Som det fremgår av figuren, har Norge det laveste prisnivået blant de utvalgte landene. Dette forklarer forfatterne med at den norske modellen for prisfastsettelse regulerer etter europeisk minimumspris (gjennomsnittet av de tre laveste prisene blant en kurv på ni nord-/vesteuropeiske land).



Figur 4.2 Konkurrentstyrelsens pris- og avansesammenlikning i Konkurrentrederegørelsen 2005

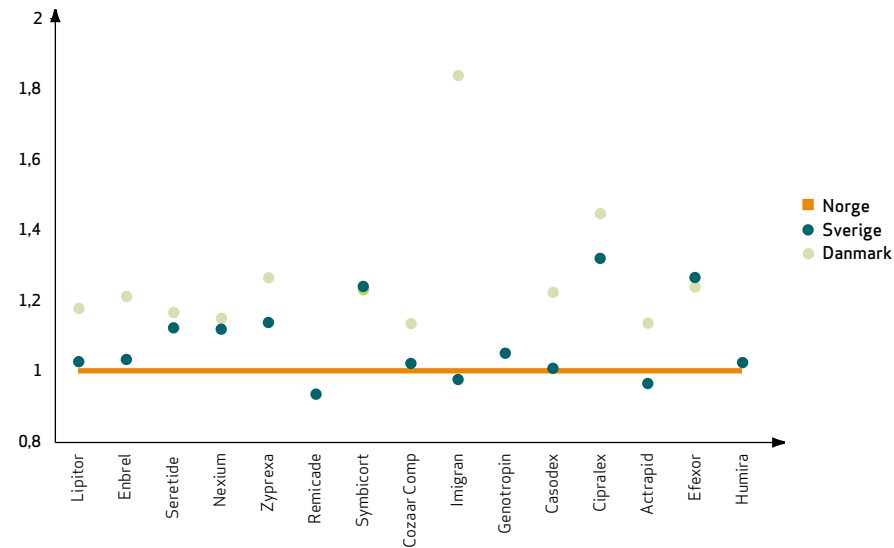
Det er imidlertid viktig å være klar over at det vil være enkelte svakheter knyttet til metodevalg og forutsetninger, ved tolkningen av resultatene. Det er bl.a. lagt til grunn et utvalg på 1552 danske varenumre, og det er betydelige variasjoner i hvor mange av disse varenumrene som kan gjenfinnes i sammenligningslandene. Hovedfunnene i denne undersøkelsen er imidlertid i rimelig samsvar med andre pris-sammenligninger som er gjennomført.

Konkurrentstyrelsen i Danmark har i sin redegjørelse for 2005¹, bl.a. med utgangspunkt i prisindeksen i figur 4.1, beregnet at dersom alle dansker kunne kjøpe sine reseptpliktige legemidler til samme pris som i Norge eller Sverige, kunne de spare om lag 1,5 milliard danske kroner i året.

Figuren tar utgangspunkt i priser på identiske varenumre i ulike land. Ikke alle varenumre selges i alle land. Dersom man bare skulle sammenliknet varenumre som selges i alle landene

i undersøkelsen, ville den norske indeksen falt til 74. DK2-søylen skiller seg fra DK-søylen ved at man i DK2-søylen har lagt til grunn avansesatser fra den danske Apotekerforeningen. Siden forutsetningene bak DK2-tallene således avviker fra forutsetningene fra øvrige søyler, er DK2-søylen ikke sammenlignbar med øvrige søyler. Figuren bekrefter det inntrykk andre undersøkelser også har gitt: Legemiddelpriser og apotekavanser i Norge er lave.

¹<http://www.ks.dk/publikationer/konkurrentrederegørelsen/kr2005/kap06.htm/>



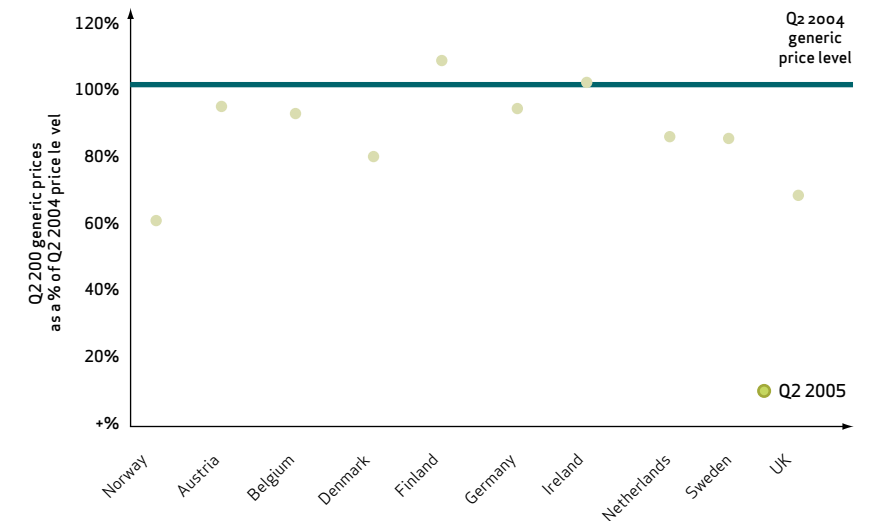
Figur 4.3 Prisindeks for legemidler i Norge, Sverige og Danmark for legemidler med patentbeskyttelse

I figur 4.3 er det innhentet priser per februar 2006 i Norge, Sverige og Danmark for den mest solgte pakningen for de 15 patentbeskyttede virkestoffene med høyest omsetning i Norge. I Norge er det lagt til grunn maksimalprisen på originallegemidlet fastsatt av Statens legemiddelverk. Tilsvarende er det i Sverige og Danmark lagt til grunn originalleverandørenes innmeldte pris til sin respektive legemiddelmyndighet. Prisene er gjort sammenlignbare ved at de er ekskl. merverdiavgift og omregnet til norske kroner.

Figuren understøtter den danske undersøkelsen og forskernes vurdering om at legemiddelprisene i Norge er blant de laveste i Nord-/Vest-Europa, og at dette skyldes en effektiv norsk modell for fastsettelse av legemiddelpriser i Norge.

LEGEMIDLER MED GENERISK KONKURRANSE

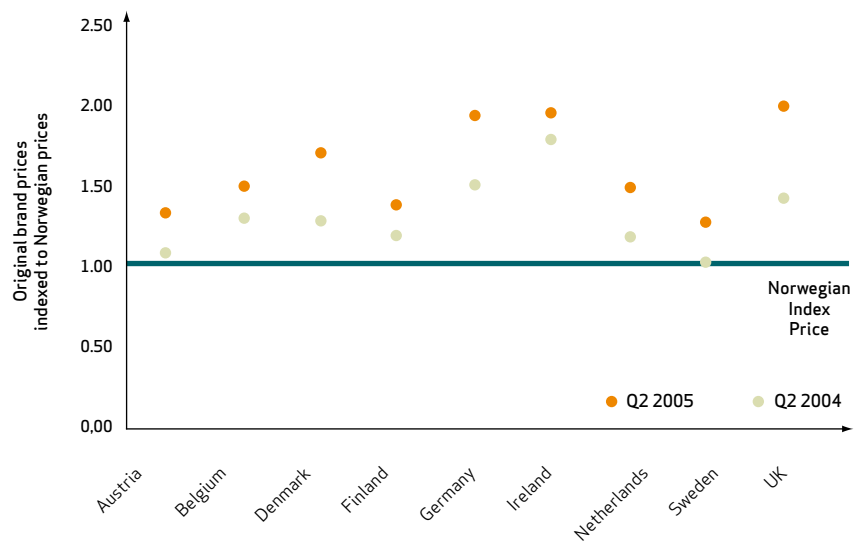
Norges Apotekerforening engasjerte sommeren 2005 det internasjonale analysefirmaet IMS Health til å undersøke prisnivået på ikke-patenterte legemidler i et nærmere utvalg europeiske land. IMS ble bedt om å se på prisene på de mest omsatte pakningsstørrelsene/styrkene på de mest omsatte virkestoffene i Norge. Undersøkelsen viste at prisene på generiske legemidler i Norge i annet kvartal 2005 målt mot samme periode i 2004 hadde falt mer enn i noen av sammenligningslandene. Dette kan sees i sammenheng med at trinnprissystemet for generiske legemidler trådte i kraft 1. januar 2005 (se nærmere omtale i kapittel 6).



Figur 4.4 Prisnivå på generiske legemidler i annet kvartal 2004

Den blå linjen i figuren over viser prisnivået på generiske midler (eksklusive originalproduktet) i annet kvartal 2004. Prikkene viser prisnivået i samme land samme kvartal i 2005. Vi ser at prisfallet i Norge var på ca 40 pst.

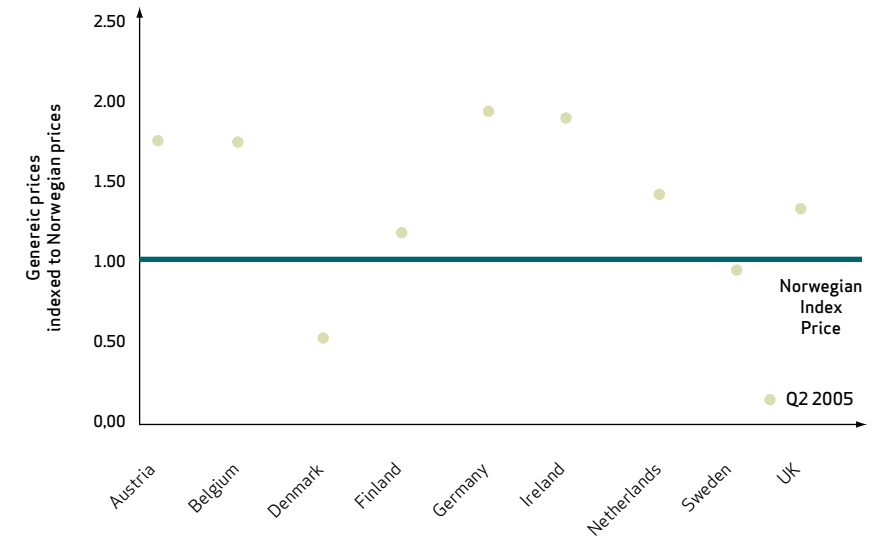
IMS sin undersøkelse viser at prisen på det originale legemidlet har falt mye i Norge, til tross for at det var lavt priset allerede i utgangspunktet.



Figur 4.5 Prisnivå på originalproduktet blant generiske legemidler

Den blå linjen viser prisnivået i Norge annet kvartal 2005. De oransje prikkene er andre lands prisnivåer i forhold til Norge i annet kvartal 2005, mens de grønne prikkene viser tilsvarende prisnivå i annet kvartal 2004. Annet kvartal 2005 var prisene i Norge vesentlig lavere enn alle andre land, inklusive Sverige.

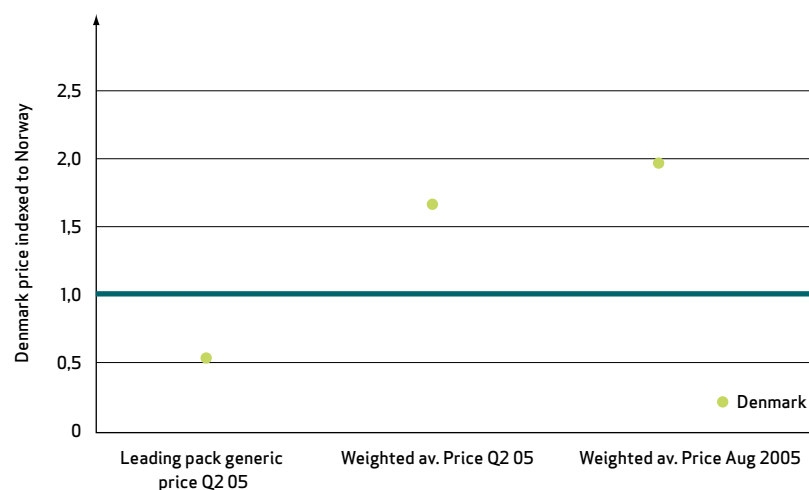
Prisen på de mest omsatte generiske alternativer i Norge (eksklusive originalproduktet) hadde i annet kvartal 2005 falt til samme nivå som billigste generiske alternativ i Sverige. Derimot var det mulig å finne billigere generiske alternativer i Danmark, slik figuren på neste side viser.



Figur 4.6 Prisnivå på generiske legemidler i annet kvartal 2005

IMS undersøkte forholdene i Danmark nærmere. Det fant at bildet ser annerledes ut dersom man ikke ser bare på billigste alternativ, men beregner en veid gjennomsnittspris. På den måten fanger man opp at også dyrere alternativer faktisk selges, samt at generiske

legemidler med lav pris bare kan være i stand til å dekke en mindre del av markedet i en del sammenhenger.



Figur 4.7 Nærmere om prisene i Danmark

Den blå linjen viser igjen norsk prisnivå. Den oransje markeringen lengst til venstre viser at billigste generiske alternativ i Danmark i annet kvartal 2005 var nærmere 50 prosent lavere enn trinnprisen i Norge. Den midterste oransje markeringen viser at den vektete gjennomsnittsprisen i Danmark samme periode var nærmere 70 prosent høyere enn trinnprisen i Norge. Markeringen ytterst til høyre viser

at den vektete gjennomsnittspris i Danmark hadde steget til august samme år, og var på det tidspunktet nær dobbelt så høy som den norske trinnprisen. I disse vektete gjennomsnittsprisene ligger både generika og originalmerket. Det er vanskelig med utgangspunkt i disse to metodene å fastslå om prisnivået i Norge er lavere eller høyere enn i Danmark.



DEL III LEGEMIDDELMARKEDET



5. OMSETNING AV LEGEMIDLER – HOVEDTALL

OMSETNINGEN AV LEGEMIDLER FORDELT PÅ RESEPTTYPER

Av totalomsetningen i apotek i 2005 (jf tabell 3.1), utgjorde legemidlenes andel 82,7 prosent. Til sammenligning var denne andelen 83,5 prosent i 2004. Omsetningsveksten for reseptpliktige legemidler fra 2004 til 2005 var 3,5 prosent, noe som er lavt sammenlignet med det årlige gjennomsnittet de siste årene. Omsetningsveksten er 0,8 prosentpoeng lavere dersom en ser bort fra merverdiavgiften som økte fra 24 til 25 pst fra 1. januar 2005.

Fra november 2003 ble det åpnet for salg utenom apotek av et utvalg reseptfrie legemidler. Dette resulterte i en nedgang i omsetningen av reseptfrie legemidler i apotek på 5,5 prosent fra 2003 til 2004. En vekst i apotekenes omsetning av reseptfrie legemidler på 2,8 prosent fra 2004 til 2005, indikerer at salgslekkasjen fra apotek til andre salgskanaler er stoppet opp. De fleste som ønsker å handle reseptfrie legemidler andre steder enn på apotek, kan allerede ha lagt om sine handlevaner. Det vises til kapittel 7 for nærmere omtale av denne utviklingen.

Utleveringskategori	2005 mill kr inkl. mva	2005 mill kr ekskl. mva	% andel	% endring 2004–2005 inkl. mva	% endring 2004–2005 ekskl. mva
Reseptpliktige legemidler med markedsføringstillatelse	13 849,5	11 080,0	87,1	3,5	2,7
Legemidler uten norsk markedsføringstillatelse	298,6	238,9	1,9	-2,3	-3,1
Reseptfrie legemidler*	1 752,2	1 401,8	11,0	2,8	2,0
Totalt	15 900,3	12 720,2	100,0	3,3	2,5

Tabell 5.1 Omsetning av legemidler inkl. og ekskl mva (mill kroner)

* Omfatter alle produkter som er klassifisert som reseptfrie legemidler, herunder en rekke legemidler/produkter som ikke har ATC-nummer. Tallet avviker fra tabell 7.1 i kapittel 7 som bare omfatter reseptfrie legemidler med ATC-nummer. Totaltallet i tabellen vil av samme grunn avvike fra tabell 10.1.

Når det gjelder omsetningen av legemidler fordelt etter anatomisk terapeutisk kjemisk (ATC) klassifikasjon av legemidler, vises det til Del V Omsetning av legemidler i Norge – detaljert statistikk

DE 25 MEST OMSATTE VIRKESTOFFER ETTER VERDI OG DEFINERTE DØGNDOSER (DDD)

Lipitor (atorvastatin) som topper listen også i 2005, har hatt en omsetningsøkning i kroner på 5,4 prosent i forhold til 2004. Dette legemidlet overtok i 2004 førsteplassen etter Zocor (simvastatin og synonymer) som gikk av patent i 2003, og som nå er på 10. plass på listen. Til tross for at generisk konkurranse har ført til at prisen på simvastatin har sunket kraftig, har ordningen med foretrukket legemiddel, som ble innført fra 1. juni 2005, bidratt til at simvastatin fortsatt er et "topp ti"-preparat. Ordningen med simvastatin som foretrukket legemiddel har bidratt til at utviklingen mot at Lipitor (atorvastatin) overtok en stadig større del av statinforbruket har snudd (se nærmere omtale under kapittel 13). Samlet ble det omsatt kolesterolsenkende legemidler for 868,5 millioner kroner i 2005, som er en reduksjon på 14,6 prosent sammenlignet med 2004.

Enbrel (etanercept) er det nest største legemidlet i Norge målt i omsetningsverdi. Omsetningen er økt med 172 prosent fra 2003. Enbrel omsatte sammen med Remicade (infliximab) og Humira (adalimumab) for 684,7 millioner kroner i 2005, en vekst på 143 prosent fra 2003. Dette er legemidler som kan brukes ved leddgikt når man ikke når behandlingsmålene med andre legemidler.

Astmalegemidlene Seretide (salmeterol kombinert med kortikosteroid) og Symbicort (formoterol kombinert med kortikosteroid) omsatte til sammen for mer enn 530 millioner kroner.

Pravachol (pravastatin) og Norvasc (amlodipin), som fikk generisk konkurranse i 2004, falt fra hhv 8. og 9. plass i 2004 og ut av "25 på topp"-listen i 2005. Virkestoffene er inkludert i trinnprissystemet (se kapittel 6 for nærmere omtale) som har bidratt til betydelig reduksjon i prisene, og at omsetningen for begge virkestoffene er halvert fra 2004 til 2005. I tillegg til betydelig prisreduksjon, er også forbruket av pravastatin redusert som følge ordningen med foretrukket legemiddel.

Paracetamol hadde en omsetningsreduksjon fra 2003 til 2004 på 25,6 prosent. I 2005 er omsetningen omtrent den samme som i 2004. Se omtalen til tabell 5.1 overfor og kapittel 7.

For ytterligere kommentarer, se Del V Omsetning av legemidler i Norge – detaljert statistikk.

	ATC-5.nivå	Virkestoff	Merkenavn Eksempler	2005 mill kr	% endring 2004-2005
1	C10AA05	Atorvastatin	Lipitor	548,0	5,4
2	L04AA11	Etanercept	Enbrel	370,0	44,3
3	R03AK06	Salmeterol combi- nation	Seretide	351,2	6,3
4	A02BC05	Esomeprazole	Nexium	314,7	10,1
5	N02BE01	Paracetamol	Pinex, Panodil, Paracet	227,8	-1,4
6	N05AH03	Olanzapine	Zyprexa	197,9	-0,2
7	L04AA12	Infliximab	Remicade	196,6	21,5
8	R03AK07	Formoterol combi- nation	Symbicort	188,0	10,7
9	C07AB02	Metoprolol	Selo-Zok	187,2	13,6
10	C10AA01	Simvastatin	Zocor	170,4	-34,1
11	C09DA01	Losartan and diuretics	Cozaar Comp	165,8	10,2
12	N02CC01	Sumatriptan	Imigran	152,2	7,1
13	N02AA59	Codeine, comb. excl. psycholeptics	Paralgin Forte, Pinex Forte	151,7	5,2
14	M05BA04	Alendronic acid	Fosamax	144,5	8,7
15	H01AC01	Somatropin	Genotropin, Humatrope	141,8	10,4
16	N07BA01	Nicotine	Nicotinelle, Nicorette	136,0	5,3
17	L02BB03	Bicalutamide	Casodex	130,0	14,9
18	N06AB10	Escitalopram	Cipralex	130,0	36,1
19	A10AC01	Insulin(human)	Actrapid	129,3	1,8
20	M01AE01	Ibuprofen	Ibux	128,3	5,6
21	N06AX16	Venlafaxine	Efexor	124,3	13,6
22	N03AX09	Lamotrigine	Lamictal	123,6	26,8
23	L04AA17	Adalimumab	Humira	121,5	35,2
24	L03AB07	Interferon beta-1a	Avonex, Rebif	120,5	13,3
25	G04BD07	Tolterodine	Detrusitol	119,0	-4,0
Sum 25				4 770,8	8,7
Totalt				15 762,7	3,7

Tabell 5.2 De 25 mest omsatte virkestoffene rangert etter verdi i 2005 (mill kroner)

	ATC-5.nivå	Virkestoff	Merkenavn Eksempler	2005 mill DDD	% endring 2004-2005
1	A01AA01	Sodium fluoride	Flux, Fluorette	113,9	5,4
2	C10AA05	Atorvastatin	Lipitor	102,6	11,6
3	B01AC06	Acetylsalicylic acid	Albyl-E	101,9	4,6
4	C10AA01	Simvastatin	Zocor	87,8	29,6
5	A11GA01	Ascorbic acid (vit c)	Nycoplus C-vitamin	57,7	4,8
6	C08CA01	Amlodipine	Norvasc	49,0	3,6
7	N05CF01	Zopiclone	Imovane	49,0	7,7
8	A11EA	Vitamin b-complex, plain	AFI-B-Total Tonipan	39,6	-7,1
9	C03CA01	Furosemide	Selo-Zok	37,3	-6,0
10	C07AB02	Metoprolol	Diural, Furix	37,2	9,1
11	C09AA05	Ramipril	Ramipril, Triatec	36,2	7,1
12	R06AE07	Cetirizine	Zyrtec	35,2	20,4
13	H03AA01	Levothyroxine sodium	Levaxin	34,2	3,4
14	N02BE01	Paracetamol	Pinex, Panodil, Paracet	32,8	2,0
15	G03AB03	Levonorgestrel and estrogen	Trionetta, Microgynon	32,4	-6,9
16	B03BB01	Folic acid	Folsyre	26,1	6,6
17	R06AX27	Desloratadine	Aerius	24,4	23,7
18	R01AA07	Xylometazoline	Otrivin	23,2	-13,2
19	A02BC05	Esomeprazole	Nexium	22,5	13,6
20	N02AA59	Codeine, comb. excl. psycholeptics	Paralgin Forte, Pinex Forte	21,4	0,8
21	R03AK06	Salmeterol combi- nation	Seretide	20,2	6,2
22	C09AA02	Enalapril	Renitec	19,6	-4,9
23	C09DA01	Losartan and diuretics	Cozaar Comp	19,5	4,7
24	G03AA12	Drospirenone and estrogen	Yasmin	19,3	5,3
25	C10AA03	Pravastatin	Pravachol	19,1	-12,8
Sum 25				1 062,0	5,9
Totalt				2 274,7	2,3

Tabell 5.3 De 25 mest omsatte virkestoffer i 2005 rangert etter antall DDD (mill DDD)



Det har skjedd relativt små endringer i listen over de 25 mest omsatte virkestoffene målt i DDD. Det er kun to virkestoffer som har falt ut av listen; lactulose og citalopram fra hhv 16 og 21 plass. Det var disse to virkestoffene som også hadde størst prosentvis fall i antall omsatte DDD fra apotek med hhv 44,2 og 20,4 prosent reduksjon.

Leverandørene av lactulose, som brukes mot forstoppelse, kan selv velge om de vil registrere sitt produkt som legemiddel eller handelsvare. Den sterke reduksjonen i forbruket fra 2004 til 2005 indikerer at det har skjedd en forbruksvridning over til et produkt som selges som handelsvare og følgelig ikke er inkludert i oversikten over legemiddelomsetningen. For citalopram kan det reduserte forbruket delvis ha sammenheng med den generelle reduksjon

i forbruket av antidepressiva (som er redusert med 1,8 prosent), men den viktigste årsaken er forbruksvridning til Cipralex (escitalopram) som fortsatt har patentbeskyttelse (for nærmere omtale se kapittel 20). To patenterte legemidler som ikke har generisk konkurranse, er blant de med størst prosentvis vekst i DDD: Nexium (esomeprazol) og antihistaminet Aerius (desloratadin). Mulige årsaker til denne sterke veksten er nærmere omtalt i kapitlene 11 og 22.

Veksten i DDD for simvastatin må ses i sammenheng med ordningen med foretrukket lege- middel (nærmere omtalt i kap 9 og 13). For ceterizine skyldes veksten i hovedsak at dette virkestoffet har overtatt mye av omsetningen til Xyzal (levoceterizine), som ble tatt ut av listen over refunderbare legemidler fra 1. september 2004.



Fylke	2005 mill kr	% endring 2004-05	Kroner pr. innbygger	% av lands- gj.snitt kr pr. innb.	2005 mill DDD	% endring 2004-05	DDD pr. 1000 innb./døgn 2005
Hedmark	707,8	2,2	3 757,5	109,8	111,4	2,2	1 620,8
Østfold	961,7	4,0	3 719,6	108,7	145,9	4,5	1 546,1
Oppland	653,4	2,9	3 567,3	104,2	102,6	2,8	1 533,9
Telemark	593,8	3,2	3 570,7	104,3	89,1	1,9	1 468,2
Vest-Agder	576,6	1,5	3 575,1	104,5	85,3	2,3	1 449,2
Buskerud	831,6	0,6	3 415,3	99,8	128,7	1,3	1 447,7
Nordland	817,7	4,0	3 452,6	100,9	124,2	3,3	1 437,0
Aust-Agder	364,8	1,6	3 521,6	102,9	54,3	1,8	1 436,1
Nord-Trøndelag	429,2	4,5	3 341,5	97,6	66,9	4,2	1 427,0
Vestfold	756,6	2,3	3 427,4	100,2	111,9	1,8	1 388,5
Møre og Romsdal	815,3	3,3	3 331,9	97,4	120,4	2,3	1 348,4
Oslo	2 154,4	7,1	4 066,2	118,8	256,5	-0,7	1 326,1
Sogn og Fjordane	335,3	3,6	3 133,1	91,6	50,2	2,1	1 284,0
Rogaland	1 463,1	4,6	3 263,3	95,4	205,9	3,7	1 258,0
Hordaland	1 234,3	2,8	3 139,9	91,8	180,0	2,9	1 254,7
Sør-Trøndelag	857,3	3,3	3 145,4	91,9	122,6	1,8	1 232,2
Troms	536,8	6,0	3 514,5	102,7	68,1	2,9	1 221,5
Akershus	1 463,7	3,6	2 961,6	86,5	218,6	2,4	1 211,6
Finnmark	209,4	1,4	2 865,0	83,7	32,2	2,4	1 207,3
Landet	15 762,7	3,7	3 421,9	100,0	2 274,7	2,3	1 345,5

Tabell 5.4 Omsetning av legemidler fordelt etter fylke (mill kroner og mill DDD)

OMSETNING ETTER FYLKE

Som det fremgår av tabellen på forrige side er det betydelige variasjoner i omsetning og forbruk av legemidler mellom fylker. Det er vanskelig å anslå med sikkerhet hva som er årsaken til disse store variasjonene, men det antas at det har sammenheng med terapitradisjoner, legetetthet, apotek og sykehusdekning samt alderssammensetningen i fylket.

Det er befolkningen i Oslo som har det høyeste forbruket av legemidler dersom en måler i kroner per innbygger, mens det er befolkningen i Hedmark som har det høyeste forbruket dersom en måler forbruket i definerte døgndoser (DDD). Det er i Oslo og Østfold den største veksten har skjedd fra 2004 til 2005, målt i hhv kroner og DDD. Oslo-tallene må sees i lys av Akershus, som trolig har en viss handelslekkasje til Oslo også når det gjelder legemidler. Finnmark har tradisjonelt hatt det laveste forbruket av legemidler både målt i kroner og DDD.



6. GENERISKE LEGEMIDLER

Når en bedrift har utviklet et nytt legemiddel (originallegemiddel), er det vanligvis patentbeskyttet i 20 år. Patentbeskyttelsen kan imidlertid forlenges med inntil fem år (EU, Supplementary Protection Certificate) i tilfeller der perioden med effektiv patentbeskyttelse blir kort som følge av omfattende utviklings- og dokumentasjonsarbeid. Med effektiv patentbeskyttelsesperiode menes perioden hvor legemidlet kan utnyttes fullt ut kommersielt.

Det går ofte 8- 10 år fra patentet er tatt ut til legemidlet er til salgs i markedet. Den reelle tiden for patentbeskyttet salg er dermed som regel 10-12 år. Etter at patentbeskyttelsen er utløpt, kan andre produsenter fremstille legemidler som inneholder det samme virkestoffet under egne navn. Disse legemidlene kalles da for synonyme, generiske eller kopilegemidler (heretter bare kalt generiske legemidler).

Et eksempel på dette er originallegemidlet Zocor, et kolesterolsenkende legemiddel, som inntil 2003 var det mest solgte legemidlet i Norge. På grunn av den høye omsetningen er det sterk konkurranse mellom leverandører av legemidler med virkestoffet i Zocor (simvastatin). Per februar 2006 har 11 generikaleverandører markedsføringstillatelse for salg av konkurrerende simvastatinlegemidler i Norge.

Tid fra generisk konkurranse	Prisreduksjoner	
	Salg over 100 mill kroner	Salg under 100 mill kroner
Når det er generiske alternativer tilgjengelig	30 %	30 %
Etter 6 mnd	50 %	40 %
Etter 12 mnd	70 %	50 %

Tabell 6.1 Prisreduksjoner i trinnprissystemet

TRINNPRISSYSTEMET – NYTT PRISSYSTEM FOR LEGEMIDLER MED GENERISK KONKURRANSE

Fra 1. januar 2005 ble indeksprissystemet erstattet med trinnprissystemet, som myndighetenes prissystem for legemidler med generisk konkurranse. Før dette hadde myndighetene i mange år forsøkt å etablere ordninger som skulle utløse prisfall på legemidler som har gått av patent, uten at dette lyktes nevneverdig.

NÆRMERE OM TRINNPRISSYSTEMET

Trinnprissystemet sørger for at prisene på legemidler automatisk går ned når legemidlene får stabil generisk konkurranse. I trinnprissystemet gis legemidler som har gått av patent og er oppført på Legemiddelverkets bytteliste, reduserte priser. Trinnprisene fastsettes på AUP-nivå (apotek utsalgspris). Prisreduksjonene kommer trinnvis, og etter 12 måneder vil trinnprisen være redusert med 70 eller 50 prosent av opprinnelig maksimal AUP, avhengig av om legemidlet hadde en omsetning over eller under 100 mill kroner før patenttiden gikk ut.

Det fastsettes en trinnpris pr. byttegruppe (nærmere omtalt i kap 6), differensiert for hhv. små og store pakninger. Denne trinnprisen er det maksimale beløp folketrygden refunderer. Unntak gjelder dersom legen har funnet medisinsk grunn til å reservere pasienten mot bytte. I slike tilfeller skal folketrygden refundere legemidlets pris fullt ut, uavhengig av trinnpris.



Grossistene er forpliktet til å tilby apotekene minst én pakning innen hver byttegruppe til ”innkjøps”-trinnpri s. Tilsvarende plikter apotekene å tilby minst en pakning til trinnpri s overfor sine kunder. Dersom kundene selv velger et legemiddel med en pri s høyere enn trinnpri s, må forskjellen mellom trinnpri s og legemidlets pri s betales av kunden, såfremt legen ikke har funnet medisinsk grunnlag for å reservere kunden mot bytte. Denne eventuelle ekstra egenbetalingen vil ikke inngå i beregningsgrunnlaget for frikort.

Regneeksempel:
Et originalt legemiddel koster 1 000 kroner for en pakning før patentet utgår. Egenandel 36 prosent: 360 kroner. Når det etableres stabil generisk konkurranse, og legemidlet føres opp i Legemiddelverkets bytteliste, etableres en trinnpri s med 30 prosent prisreduksjon, dvs kr 700. Pasientens egenandel reduseres til kr 252 og folketrygdens refusjon reduseres fra kr 640 til kr 448. Når full prisreduksjon er oppnådd (for eksempel 70 prosent), er legemidlets pri s kr 300. Pasientens egenandel er da kr 108, mens folketrygdens refusjon reduseres til kr 192. Hvis pasienten krever å få originallegemidlet, og det fremdeles koster kr 1 000 i stedet for trinnpri s, blir samlet utgift for pasienten med 30 prosent prisreduksjon lik egenandel kr 252 + egenbetaling kr 300 (kr 1000 – kr 700) = kr 552. Folketrygden dekker fortsatt kr 448

ERFARINGER MED TRINNPRISSYSTEMET
Da trinnpri ssystemet ble innført 1. januar 2005, inneholdt det 21 virkestoffer. I løpet av

2005 er det blitt inkludert 9 nye virkestoffer, slik at det per 1. januar 2006 var 30 virkestoffer inkludert.

EVALUERING AV TRINNPRINSIPPET
Beregninger NAF har gjennomført med basis i omsetningstall for 2005, viser at de realiserte innsparinger har vært i tråd med det som var forventet. For de 21 virkestoffene som ble inkludert fra 1. januar 2005, er den økonomiske effekten på om lag 445 millioner kroner, dvs. 17,4 millioner kroner mer enn forventet. Ved Revidert nasjonalbudsjett våren 2005 ble fire nye virkestoffer inkludert (fluoxetin, amoxicillin, mianserin, fluconazol), med en forventet innsparingseffekt samme år på 9 millioner kroner. Den reelle innsparingen for disse fire ble 12,5 millioner kroner. Totalt har trinnpri ssystemet bidratt med en innsparing på 490 mill kroner i 2005.

Den totale økonomiske effekten avviker noe fra departementets anslag i St.prp. nr. 1 (2004–2005). Dette kan i all hovedsak knyttes til at seks av virkestoffene som lå inne i anslagene foreløpig ikke er inkludert i systemet. Her ligger det en ikke-realisert innsparing på 48 mill kroner. Tre av disse seks virkestoffene har fått statusen begrenset bytte, og kan av den grunn ikke bli inkludert i systemet. Ondasetron (Zofran) er inkludert i forsøksordningen med anbud på gråsonepreparater, selv etter at Zofran mistet sin patentbeskyttelse høsten 2005. For de to siste venter man fortsatt på at generiske alternativer skal lanseres i Norge.

	Faktisk innsparing	Anslag	Avvik	Fordelt på	
				Hvit	Blå
Virkestoffer inkludert fra 1. januar	445,3	428,0	17,4	20,1	425,3
Virkestoffer inkludert i løpet av 2005	43,8	29,4	14,4	9,5	34,3
Virkestoffer som ikke ble inkludert	–	48,0	-48,0	–	–
Sum	489,1	505,4	-16,2	29,6	459,6

Tabell 6.2 Innsparingseffekt av trinnpri ssystemet 2005 (mill. kr.)

Selv om innsparingseffekten samlet er større for de virkestoffene som er inkludert i virkestoffene som er inkludert i trinnpri ssystemet så langt, er det til dels store avvik for enkelte virkestoffer.

Forbruket av citalopram og paroxetin målt i DDD har sunket med hhv 20 og 14 prosent i 2005 sammenlignet med 2004. Som nærmere omtalt i kapittel 20, skyldes dette først og fremst en forbruksvridning over til patenterte Cipralex.

Veksten i forbruket av simvastatin og ceterizin skyldes ordningen med foretrukket legemiddel, der simvastatin skal være legenes førstevalg ved forskrivning av kolesterolsenkende medisiner på blå resept, og at Xyzal (levocetirizin) ble tatt av listen over refunderte legemidler (blåreseptforskriften § 9) med virkning fra 1. september 2004.

Den meget sterke forbruksøkningen for meloxicam og diclofenac skyldes i hovedsak at disse legemidlene har tatt over mye av forbruket til Vioxx (Rofecoxib), som ble trukket fra markedet 1. oktober 2004, og Celebra (Celecoxib) som fra 1. mai 2005 mistet sin refusjon på blå resept. Siden meloxicam og

diclofenac representerer legemidler som er svært mye billigere enn Cox2-hemmerne, vil denne forbruksvridningen gi en langt sterkere økonomisk effekt for folketrygden enn det som fremkommer i tabell 6.2.

TRINNPRISVIRKESTOFFENES OMSETNINGSAUTVIKLING
Virkestoffene inkludert i trinnpri ssystemet omsatte i 2005 for i overkant av 1, 4 milliarder kroner. Dette innebærer en omsetningsreduksjon på 550 mill kroner fra 2004, tilsvarende en reduksjon på 27,8 prosent. Det totale forbruket (målt i DDD) av disse virkestoffene økte imidlertid med 7,2 prosent. Dette indikerer at prisreduksjonene har vært sterkere enn det reduksjonen i omsetningen skulle tilsi. Dette understøttes bl.a. av undersøkelsen fra det internasjonale selskapet IMS Health som er nærmere omtalt i kapittel 4. Dersom en kun ser på de 21 virkestoffene som ble inkludert fra systemet ble innført, er omsetningen adusert med 525 millioner kroner, tilsvarende 34,7 prosent.

ATC-nr 5. nivå	Virkestoff	Merkenavn Eksempler	2005 mill kr	Endring kr 2004-05	% endring kr. 2004-05	% endring DDD 2004-05
C10AA01	Simvastatin	Zocor	170,4	-88,0	-34,1	29,6
M05BA04	Alendronic acid	Fosamax	144,5	11,5	8,7	8,7
R06AE07	Cetirizine	Acura, Zyrtec, Reactin	100,3	8,7	9,5	70,4
N06AB06	Sertraline	Zoloft	97,1	-16,3	-14,4	-8,9
C10AA03	Pravastatin	Pravachol	88,2	-91,8	-51,0	-12,8
A02BC03	Lanzoprazole	Lanzo	87,4	-6,6	-7,1	7,4
C08CA01	Amlodipine	Norvasc	85,9	-87,3	-50,4	3,6
A02BC01	Omeprazole	Losec	58,0	-11,9	-17,0	-2,7
N06AB04	Citalopram	Cipramil, Desital	52,7	-78,5	-59,8	-19,9
N06AX11	Mirtazapine	Remeron	52,3	-20,3	-28,0	5,1
C09AA05	Ramipril	Triatec	45,0	-26,5	-37,1	7,1
M01AB05	Diclofenac	Voltaren, Modifenac	42,0	2,4	6,0	39,0
A02BA02	Ranitidine	Zantac	41,9	-6,1	-12,7	0,0
N06AB05	Paroxetine	Seroxat	41,1	-36,3	-46,8	-13,7
J01MA02	Ciprofloxacin	Ciproxin	34,5	-3,1	-8,1	8,6
D01BA02	Terbinafine	Lamisil	31,3	-2,9	-8,3	-0,2
C07AG02	Carvedilol	Kredex	26,0	-18,3	-41,3	2,0
C09AA03	Lisinopril	Vivatec, Zestoretic	24,1	-5,9	-19,6	-5,8
C09BA02	Enalapril and diuretics	Renitec Comp, Enalapril Comp	22,4	-6,8	-23,3	-0,2
N06AX03	Mianserin	Tolvon	21,5	-5,8	-21,4	-3,0
C09AA02	Enalapril	Renitec	20,7	-7,9	-27,7	-4,9
C07AB03	Atenolol	Tenormin	20,6	-12,1	-37,1	-14,9
J01CA04	Amoxicillin	Imacillin, Amoxicillin	18,6	-0,2	-1,1	10,0
C08CA02	Felodipine	Plendil	18,3	-8,7	-32,1	-2,1
C09BA03	Lisinopril and diuretics	Vivatec Comp, Zestoretic Mite	17,4	-13,5	-43,7	-2,7
N06AB03	Fluoxetine	Fontex	17,2	-2,3	-11,6	-5,4
M01AC06	Meloxicam	Mobic	16,9	8,0	90,9	102,9
R06AX13	Loratadine	Clarityn	16,6	-11,0	-40,0	-18,0
J02AC01	Fluconazole	Diflucan	15,9	-7,6	-32,3	13,6
J01FA09	Clarithromycin	Klacid	11,9	-2,4	-16,6	3,3
Sum			1 440,8	-547,4	-27,5	7,7

Tabell 6.3 Omsetning for virkestoffer inkludert i trinnprissystemet i kroner og DDD (mill kr og mill DDD)



	ATC-5. nivå	Virkestoff	Merkenavn Eksempler	2005 mill kr.	Andel generisk (%)
1	C10AA01	Simvastatin	Zocor	170,4	77,5
5	C10AA03	Pravastatin	Pravachol	88,2	77,4
7	C08CA01	Amlodipine	Norvasc	85,9	71,0
6	A02BC03	Lanzoprazole	Lanzo	87,4	45,3
9	A02BC01	Omeprazole	Losec	58,0	41,8
10	A04AA01	Ondansetron	Zofran	54,0	1,5
3	R06AE07	Cetirizine	Zyrtec	100,3	43,5
4	N06AB06	Sertraline	Zoloft	97,1	12,6
8	N05CF01	Zopiclone	Imovane	81,3	37,4
2	M05BA04	Alendronic acid	Fosamax	144,5	5,2
	Sum			963,4	43,4

Tabell 6.4 De ti mest solgte virkestoffer i 2005 med generisk konkurranse fordelt etter ATC-grupper

OMSETNING AV LEGEMIDLER
MED GENERISK KONKURRANSE

Det er kun to av de ti mest omsatte virkestofene med generisk konkurranse (ondansetron og zopiclone) som ikke er inkludert i trinnprissystemet. Myndighetene kan i følge regelverket unnlåte å ta inn et virkestoff i trinnprissystemet, hvis særlige grunner taler for det. Dette kan for eksempel skyldes at maksimalprisen for originalpreparatet før legemidlet fikk generisk konkurranse ikke er kjent. Det er vanskelig å fastslå hva som er originalpreparatet, omsetningen for legemidlene er lav, særlige farmakologiske grunner foreligger, legemidlene har begrenset byttbarhet, reseptstatus taler for det eller særlige innkjøpsordninger gir tilnærmelsesvis samme prisreduksjon.



	ATC-5. nivå	Virkestoff	Merkenavn Eksempler	Gj.snittspris per DDD desember 2005	Gj.snittspris per DDD desember 2004	% endring 2004-2005
1	C10AA01	Simvastatin	Zocor	1,9	2,0	-6,9
2	M05BA04	Alendronic acid	Fosamax	9,0	11,3	-20,1
3	R06AE07	Cetirizine	Zyrtec	2,3	2,5	-10,2
4	N06AB06	Sertraline	Zoloft	6,2	8,6	-27,4
5	C10AA03	Pravastatin	Pravachol	3,2	7,8	-59,3
6	A02BC03	Lanzoprazole	Lanzo	5,9	11,4	-48,0
7	C08CA01	Amlodipine	Norvasc	1,6	2,4	-30,3
8	N05CF01	Zopiclone	Imovane	1,6	1,8	-12,3
9	A02BC01	Omeprazole	Losec	6,8	8,0	-15,5
10	A04AA01	Ondansetron	Zofran	170,9	207,3	-17,5

Tabell 6.5 Utvikling i gjennomsnittlig pris per DDD for de ti mest omsatte virkestoffene med generisk konkurranse, desember 2004 til desember 2005

GJENNOMSNI TT LIG PRIS PER DDD FOR DE MEST OMSATTE VIRKESTOFFENE MED GENERISK KONKURRANSE

Ondansetron (Zofran) er unntatt fra trinnprissystemet fordi det er inkludert i forsøksordningen for anbud på gråsonepreparater.¹ Zofran fikk generisk konkurranse sent i 2005 (oktober 2005). Det var kun originalpreparatet Zofran som var markedsført på det tidspunktet anbudskonkurransen ble gjennomført, og forsøksordningen innebærer at forskrivning foretatt av sykehusleger skal skje på dette legemidlet. Dette forklarer den lave generikaandelen. Når det gjelder innsovningslegemidlet zopiclone (Imovane), forskrives dette på hvit resept og er i utgangspunktet billig.

Simvastatin, pravastatin og amlodipin er virkestoffene med den høyeste generikaandelen i 2005. Felles for disse er at de tilhører ATC gruppe C, legemidler til behandling mot

hjerte/kar sykdom, at de fikk generisk konkurranse før 2005 og at hadde i utgangspunktet høy omsetning.

Fosamax (Alendronic acid), Zoloft (sertralin) og Zofran (ondansetron) fikk generisk konkurranse i løpet av 2005. Sertralin ble inkludert i trinnprissystemet fra 1. mai 2005. På grunn av patentstridigheter ble det midlertidig tatt ut av systemet i perioden 18. mai til 1. november 2005. Fosamax fikk generisk konkurranse og ble inkludert i trinnprissystemet fra 1. desember 2005. Selv om generikaandelen er lav for året sett under ett, var generikaandelen 60,5 prosent i desember.

¹ Legemidler som har bred anvendelse i sykehus og utenfor sykehus. Felles for legemidlene er at de alltid institueres i sykehus, men behandlingen fortsetter utenom sykehus.

Etter at simvastatin mistet sin patentbeskyttelse og ble utsatt for generisk konkurranse, har prisen falt fra 7,- kroner per DDD i 2003 til 1,90 kroner i 2005, dvs. redusert til under 1/3 av opprinnelig pris. Pravachol (pravastatin) som mistet sin patentbeskyttelse i oktober 2004 og som ble inkludert i trinnprissystemet fra 1. januar 2005 har fått prisen mer enn halvert. Tilsvarende er prisen på lanzoprazole, hvor Lanzo mistet patentbeskyttelse og ble utsatt for generisk konkurranse fra 1. mai 2005, nær blitt halvert. Samtlige ti virkestoffer har hatt en prisnedgang på mellom 7 og 60 prosent.



GENERIKAMARKEDET OG BYTTELISTEN

Med apotekloven som trådte i kraft 1. mars 2001, ble regelen om generisk bytte introdusert. Apotekoven § 6-6 beskriver ordningen, og er hjemmel for Legemiddelverkets utarbeidelse og vedlikehold av listen over generisk likeverdige legemidler, "byttemlisten"¹. Listen danner grunnlaget for hvilke legemidler apotekene kan foreslå bytte mellom, og den oppdateres hver måned.

Ordningen med generisk bytte bidrar til å redusere legemiddelutgiftene både for folketrygden og den enkelte legemiddelbruker. Apotekene informerer pasienten om priser på legemidler som Legemiddelverket har vurdert som likeverdige, og kan ofte tilby rimeligere legemidler enn det legen har rekvirert. Både legen og pasienten har rett til å reservere seg mot at apoteket bytter til et billigere legemiddel. Pasientreservasjon mot bytte til billigere legemiddel medfører høyere egenbetaling.

Byttemlisten fungerer som en oversikt over de legemiddelgrupper hvor det er generisk konkurranse og/eller konkurranse mellom original- og parallellimporterte legemidler. Generisk konkurranse vil normalt kunne inntre når

originallegemidlets patenttid er utløpt, mens konkurranse mellom original- og parallelllegemiddel vil kunne oppstå før patenttiden er utløpt. Oppføring på byttemlisten er et kriterium for inkludering i trinnprissystemet.

BEGRENSET BYTTE

Felles for 12 av virkestoffene på byttemlisten (se tabell 6.5) er at de tilhørende legemidlene er underlagt en særregel om "begrenset bytte". Denne regelen innebærer at legen må gi særskilt godkjenning ved legemiddelbytte i hvert enkelt tilfelle, bortsett fra ved oppstart av behandlingen. To av virkestoffene, glimepiride og lamotrigine, ble ført opp på byttemlisten med begrenset bytte i løpet av 2005. De 12 virkestoffene med begrenset bytte omsatte for til sammen 336,4 millioner kroner i 2005.

¹ Se: http://www.legemiddelverket.no/templates/InterPage_17579.aspx

ATC-5. nivå	Virkestoffer	2005 mill kr
A10BA02	Metformin	39,5
A10BB01	Glibenclamide	1,6
A10BB07	Glipizide	4,1
A10BB12	Glimepiride	47,2
L02BA01	Tamoxifen	8,3
L04AX03	Methotrexate	6,8
N03AF01	Carbamazepine	21,5
N03AG01	Valproic acid	29,0
N03AX09	Lamotrigine	123,6
N03AX12	Gabapentin	46,5
N04BD01	Selegiline	3,9
N06AA04	Clomipramine	4,2
Totalt		336,4

Tabell 6.6 Omsetning for virkestoffer med begrenset bytte i byttemlisten

Disse 12 virkestoffene er i hovedsak ført opp som byttbare i Danmark, mens fem av virkestoffene (glimepiride, carbamazepine, valproic acid, lamotrigine og gabapentin) ikke er byttbare i Sverige.

Sverige²

Karbamazepinlegemidler, gabapentin, og klomipramin depottabletter står på "utbyte-listan", men bare sammen med parallelllegemidler. Klomipramin tabletter står oppført sammen med generika. For lamotrigine gjelder to byttegrupper; en mellom original og parallellimportert lamictal, og en hvor det kan byttes mellom generika. Ingen legemidler med valproic acid står på listen.

Danmark³

Klomipramin depottabletter står på "substitutions-listen" men bare sammen med parallelllegemidler. Klomipramin tabletter står oppført sammen med generika.

² "Utbytelistan i Sverige": http://www.mpa.se/humanlakemedel/lakemedelformanen/LMF_listan.shtml?SOK=5%F6k

³ "Substitutionslisten" i Danmark: <http://www.laegemiddelstyrelsen.dk/1024/visLSArtikel.asp?artikelID=645>



	ATC-hovedgrupper – reseptfrie legemidler	2005 mill kr	% endring 2004-2005	Andel av totalen	2005 mill DDD	% endring 2004-2005
A	Fordøyelsesorganer og stoffskifte	484,7	1,2	28,6	276,7	-5,2
N	Nervesystemet	368,0	-2,0	21,7	29,2	-7,8
R	Respirasjonsorganer	283,1	2,1	16,7	48,0	-5,4
D	Dermatologiske midler	183,6	8,2	10,8	*	*
M	Muskler og skjelett	142,6	10,1	8,4	10,6	2,6
G	Urogenitalsystem og kjønns-hormoner	78,5	9,8	4,6	11,2	-5,0
S	Sanseorganer	60,2	3,0	3,5	0,0	0,0
B	Blod og bloddannende organer	29,3	-0,3	1,7	25,8	-3,1
C	Hjerte og kretsløp **	23,5	8,3	1,4	*	*
V	Varia***	22,5	1,3	1,3	*	*
P	Antiparasitære midler, insek-ticider og insektmidler	21,1	20,5	1,2	0,2	2,3
	Sum alle ATC-grupper	1 697,1	2,8	100,0	401,6	-5,1

* Definerte døgndoser (DDD) for de reseptfrie legemidlene i gruppen ikke relevant eller ikke fastsatt.

** Midler mot hemorroider og overfladiske blåflekker inngår i denne gruppe.

*** Gruppen omfatter bl.a. saltvann til skylling og ikke-terapeutiske preparater.

Tabell 7.1 Omsetningen av reseptfrie legemidler fra apotek fordelt etter ATC-hovedgruppenes andel av totalomsetning

Totalt solgte apotekene reseptfrie legemidler (med ATC-klassifikasjon) for 1,7 milliarder kroner i 2005. Dette utgjorde 8,8 prosent av totalomsetningen i apotekene. Tilsvarende tall for 2003 og 2004 var hhv 10,8 og 9,6 prosent, noe som viser en jevn tilbakegang.

Omsetningen av reseptfrie legemidler fra apotek målt i kroner økte med 2,8 prosent i 2005. Tilsvarende var det en nedgang på 5,5 prosent fra 2003 til 2004. Se også omtale under kapittel 5.

Det er paracetamol (Pamol, Paracet, Pinex oa) som fortsatt er det mest omsatte reseptfrie legemidlet i apotek. Salget av nikotinholdige legemidler fortsetter å øke i apotek, selv om salget har stabilisert seg noe. Cetitizine

(Zyrtec, Reactine, Acura) er det virkestoffet med størst omsetningsøkning av reseptfrie legemidler i apotek fra 2004 til 2005 (økning på 26 prosent). Dette kan ha sammenheng med at det i mai 2005 ble gitt unntak fra reseptplikt for større pakninger (21 og 30 pakning). Forbruket av cetirizine vil også være avhengig av hvordan pollensesongen slår ut.

7. RESEPTFRIE LEGEMIDLER

OMSETNING AV RESEPTFRIE LEGEMIDLER I APOTEK

Egenomsorg er et kjerneområde i apotekenes arbeid. Apotekene har en viktig oppgave i forbindelse med rådgivning og veiledning i tilknytning til valg og bruk av reseptfrie legemidler.

Reseptfrie legemidler selges i apotek og i medisinsalg underlagt farmasøytisk kontroll. I tillegg selges et utvalg reseptfrie legemidler utenom apotek ("LUA"-ordningen). Betingelsen for å selge legemidler utenom apotek er at virksomheten i utgangspunktet har tillatelse til å selge mat og at den får tillatelse til å selge reseptfrie legemidler av Statens legemiddelverk.

Tallene omfatter reseptfrie ATC-klassifiserte legemidler. Naturlegemidler, homøopatiske og antroposofiske legemidler m.v. som selges reseptfritt, er ikke inkludert.



	ATC-5.nivå	Virkestoff	Merkenavn Eksempler	2005 mill kr	% endring 2004-05	2005 mill DDD	% endring 2004-05
1	N02BE01	Paracetamol	Pamol, Paracet, Pinex	186,2	-5,3	18,8	-9,1
2	N07BA01	Nicotine	Nicorette, Nicotinell	136,0	5,3	5,0	1,2
3	M01AE01	Ibuprofen	Ibumetin, Ibox	100,5	4,8	8,8	5,9
4	R01AA07	Xylometazoline	Otrivin, Zymelin nesesprayer	90,0	-11,9	23,2	-13,2
5	A01AA01	Sodium fluoride	Flux, Fluorette, Xerodent *	51,4	12,2	113,9	5,4
6	R06AE07	Cetirizine	Zyrtec, Reac-tine, Acura	44,9	26,3	5,7	22,5
7	R05CA10	Combinations	Diverse hoste og forkjølelses-midler	41,2	13,9	4,1	2,9
8	G01AF02	Clotrimazole	Canesten til vaginal bruk	37,6	10,0	1,8	-1,9
9	N02BB51	Phenazone, combinations excl psycholeptics	Antineuralgica, Fanalgin, Fena-zon-koffein	35,6	-7,9	4,6	-9,7
10	R01AA05	Oxymetazoline	Iliadin, Rhinox nesesprayer	30,5	-10,4	5,6	-11,8
Sum				754,0	0,8	191,4	0,5

* Omfatter ikke Fluroid skyllevæske som er handelsvare som selges både i dagligvarehandel og apotek.

Tabell 7.2 Reseptfrie legemidler – de ti mest solgte virkestoffer fra apotek rangert etter verdi (mill kroner og mill DDD)

MEDISINUTSALG

Medisinutsalgene er apotekenes forlengede arm på steder hvor kundene har lang vei til nærmeste apotek. På landsbasis er det per februar 2006 registrert 1163 medisinutsalg. De fleste medisinutsalgene er plassert i dagligvarebutikker, men apotek har også avtaler med postkontor, parfymier og andre. Omkring halvparten av apotekene i Norge har medisinutsalg. Kun et fåtall kommuner har verken apotek eller medisinutsalg.

Alle medisinutsalg er tilknyttet og underlagt et lokalt apotek, som har ansvaret for drift og tilsyn. Driften av medisinutsalgene er dessuten underlagt offentlige reguleringer, for eksempel når det gjelder oppbevaring og utlevering av legemidlene.

Opprettelse av medisinutsalg krever offentlig godkjenning:

*"Medisinutsalg skal bare etableres når Statens legemiddelverk anser det nødvendig for å sikre en forsvarlig legemiddelforsyning. Ved vurdering skal det legges særlig vekt på avstand til nærmeste apotek og andre medisinutsalg samt lokale kommunikasjonsforhold."*¹

Vareutvalget i medisinutsalgene kan variere fra sted til sted alt etter kundegrunnlag og lokale behov. Vareutvalget skal fastlegges av det ansvarlige apoteket i samråd med stedets kommunelege og skal omfatte: "de legemidler som er nødvendige for å ivareta befolkningens behov for alminnelig brukte legemidler til egen-omsorg"² Medisinutsalgene kan følgelig ha et relativt bredt vareutvalg, men kun legemidler som kan utleveres uten resept. Det er apoteket som fastsetter utsalgsprisen på varene.

Mange medisinutsalg har også en pakkekommissjonsordning med apoteket. De har da en avtale med apoteket om utlevering av pakker med reseptmedisin fra apoteket til utsalgets kunder.

¹ Forskrift 26.02.2001 om apotek, Kap 6. Medisinutsalg § 51

² Forskrift 26.02.2001 om apotek, Kap 6. Medisinutsalg § 58.

RESEPTFRIE LEGEMIDLER
UTENOM APOTEK (LUA)
– APOTEKENES OMSETNING

Fra 1. januar 2003 ble et utvalg av nikotinpreparater til røykeavvenning tillatt solgt utenom apotek (jf Forskrift 14. august 2003 om omsetning mv. av visse reseptfrie legemidler utenom apotek). Fra 1. november 2003 ble utvalget av legemidler tillatt solgt utenom apotek utvidet med en rekke andre reseptfrie legemidler. Listen over legemidler som kan selges utenom apotek, omfatter i alt 33 legemiddelgrupper.

De nye salgskanalene har imidlertid konsentrert seg om legemidlene med størst salgsvolum – smertestillende legemidler (Paracet, Ibux og Fanalgin) samt slimhinneavsvellende nesepærer (Otrivin). Disse representerer en minimumsliste som er en forutsetning for at forretningen kan selge reseptfrie legemidler etter LUA-ordningen. Unntaket er nikotinpreparatene som kan selges uten at kravene til minimumslisten må oppfylles.

Pr. januar 2006 er det nærmere 5750 utsalgssteder utenom apotek for legemidlene som inngår i ordningen. Tilgjengeligheten til smertestillende legemidler og nesepærer er dermed økt dramatisk.

Apotekene hadde i 2005 en nedgang i salget av de legemidlene som selges gjennom LUA-ordningen (paracetamol, fenazon, ibuprofen, nikotinpreparater, oxymetazolin og xylometazolin) på 17 mill. kroner (-2,8 %). Se tabell 7.2. Tilsvarende nedgang fra 2003 til 2004 var på 131 millioner kroner, 18,1 prosent. Dette indikerer at apotekkanalens lekkasje til andre salgskanaler er stoppet opp.



Virkestoff	DDD pr. 1000 innb./døgn 2005	% endring 2004–2005	Andel i dagligvare 2005
Ibuprofen	7,2	3 %	37 %
Fenazon -koffein	3,2	-7 %	14 %
Paracetamol	17,1	4 %	33 %
Nikotin	3,4	0 %	13 %
Oksymetazolin *	3,3	-13 %	-
Xylometazolin	57,0	4 %	39 %

* Kan selges utenom apotek, men inngår ikke i dagligvarehandelens utvalg

Tabell 7.3 Reseptfrie legemidler ("i basisutvalget") som selges i dagligvarehandel og apotek. Kilde: Folkehelseinstituttet, NAF

For nikotinpreparater til røykeavvenning, og virkestoffet ibuprofen (Ibumetin, Ibux), var det i 2005 en økning i salget i apotek på hhv 5,1 og 4,4 prosent i forhold til 2004 (målt i kroner). Dette er skjedd på tross av at disse preparatene også selges ved svært mange utsalgssteder utenom apotek, og at tall fra Folkehelseinstituttet viser at totalforbruket av nikotinpreparater sank med 2 prosent i de tre første kvartalene i 2005 sammenlignet med samme periode i 2004

TOTALOMSETNINGEN AV
LEGEMIDLER SOM INNGÅR I
LUA-ORDNINGEN

Nasjonalt Folkehelseinstitutt (FHI) mottar innberetninger av salget fra grossister som selger legemidler til dagligvarebransjen og apotek, og rapporterer totalomsetningen. Tallene viser at salg utenom apotek i 2005 utgjorde 32 prosent av omsetningen av LUA-legemidlene (minimumsutvalget) målt i definerte døgndoser(DDD). Totalomsetningen har økt med i underkant av 3 prosent (www.fhi.no).

DEL IV RAMMEVILKÅR



8. REGULERINGER OG RAMMEVILKÅR I 2005

Apotekene og legemiddelområdet er underlagt en omfattende og detaljert regulering fra myndighetene.

Myndighetene bestemmer blant annet

- hvilke produkter som er å anse som legemidler i Norge
- hvilke legemidler som kan markedsføres i Norge (markedsføringstillatelse)
- hvilke legemidler som det offentlige gjennom trygdesystemet vil betale for (Blåresept-ordningen)
- maksimal innkjøpspris for apotek (AIP, apotekets innkjøpspris)
- apotekenes avanse og med det maksimal utsalgspris fra apotek (AUP, apotekets utsalgspris)
- folketrygdens refusjonspris

Dette kapitlet søker å oppsummere beslutninger av betydning for reguleringen av apotekene og deres rammevilkår, som ble fattet av ulike myndighetsorganer i 2005.

LEGEMIDLER OG REFUSJON

EGENANDELER BLÅ RESEPT 2005

- Egenandelen per resept var 36 prosent, men maksimalt 490 kroner (en økning fra 450 kr i 2004)
- Egenandelstaket (maksimal samlet egenbetaling) var på 1585 kroner per år (en økning fra 1550 kroner i 2004)
- Barn under 7 år og minstepensjonister var fritatt for egenandel

TRINNPRISSYSTEMET FOR GENERISKE LEGEMIDLER

Våren 2004 sendte Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) på høring fem ulike modeller for regulering av markedet for generiske legemidler. I forslaget til statsbudsjett for 2005 (St.prp. nr. 1 (2004 – 2005) Helse- og omsorgsdepartementet) oppsummerte departementet høringen, og foreslo å erstatte det daværende indeksprissystemet med det som nå er kjent som trinnprissystemet, jf. også omtale i kapittel 6. Trinnprissystemet ble satt i verk 1. januar 2005, og var beregnet å gi en innsparing i 2005 på 450 mill kroner for folketrygden og 70 mill kroner for pasientene. Ved Revidert nasjonalbudsjett våren 2005 ble fire nye virkestoffer inkludert (fluoxetin, amoxicillin, mianserin, fluconazol), med en forventet innsparingseffekt samme år på 9 mill kroner. Se kapittel 7 for nærmere detaljer om systemet og systemets effekt, samt omtale under statsbudsjettet 2005 senere i dette kapitlet.

COX-2-HEMMERNE UT AV BLÅRESEPT- FORSKIFTEN § 9

Stortingsflertallet ba ved behandlingen av St.prp. nr. 1 (2004–2005) om at Cox-2-hemmerne fjernes fra listen over legemidler godkjent for forskrivning på blå resept (blåreseptforskriften § 9), alternativt at det oppnås



en prisreduksjon på disse tilsvarende prisen på tradisjonell behandling. Stortingsflertallet ba om en høringsrunde og overgangsordninger for pasienter med gyldig resept.

Ved Revidert nasjonalbudsjett 2005 (St.prp. nr. 65 (2004–2005)) redegjorde Helse- og omsorgsdepartementet for at det var etablert en overgangsordning hvor gyldige resepter som var skrevet ut før 1. mai 2005, ville bli refundert fram til 1. august 2005. Den generelle forhåndsgodkjenningen for forskrivning av Cox-2-hemmere på blå resept etter § 9 bortfalt med virkning fra 1. mai 2005.

LEGEMIDDELASSISTERT REHABILITERING

For ytterligere å øke andelen rusmiddelmissbrukere som kan tilbys legemiddelassistert rehabilitering, ble bevilgningen til formålet styrket med 20 millioner kroner etter forslag i St.prp. nr. 1 (2004–2005). Ved behandlingen av Revidert nasjonalbudsjett samme år ble det bevilget ytterligere 15 mill kroner til opprettelse av 150 nye behandlingsplasser.

INDIVIDUELLE SØKNADER OM LEGEMIDLER PÅ BLÅ RESEPT/GJENNOMFØRING AV E-RESEPT-PROSJEKTET

Trygdeetatens anslo at individuelle søknader om legemiddelrefusjon i 2004 til sammen ut-

gjorde vel 200 000 saker. Dette var en fordobling av antall saker i forhold til i 2002. Det var forventet en økning i antall saker i 2005. Det ble derfor foreslått i St.prp. nr. 1 (2004–2005) at det skulle bevilges 8 mill. kroner til en midlertidig styrking av trygdeetatens administrasjon på dette området og til oppstart av utviklingstiltak i trygdeetatens knyttet til gjennomføring av e-resept-prosjektet. Styrkingen av trygdeetatens administrasjon har allerede bidratt til at saksbehandlingstiden ved søknader om individuelle refusjoner har sunket til 8 dager i gjennomsnitt pr sak¹.

BLÅREVPROSJEKTET – EN REVISJON AV BLÅRESEPTFORSKRIFTEN

Statens legemiddelverk har, bl.a. som oppfølging av Legemiddelmeldingen – St.meld. nr. 18 (2004–2005), etablert et prosjekt som har som formål å bidra til å sikre riktig bruk av legemidler som er godkjent for pliktmessig refusjon etter blåreseptordningen. Arbeidet skal resultere i et forenklet regelverk, og et regelverk som er enkelt å forholde seg til for leger, apotek og tilsynsmyndighet.

¹ Helse- og omsorgsminister Sylvia Brustad i Stortingets spørretime 1.mars 2006.

LEGEMIDDELMELDINGEN – ST.MELD. NR. 18 (2004–2005)

11. mars 2005 la Helse- og omsorgsdepartementet frem St.meld. nr. 18 (2004 – 2005) Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk – Legemiddelpolitikken (Legemiddelmeldingen). Legemiddelmeldingen fokuserer på riktig legemiddelbruk. Departementet viser i den forbindelse til at uriktig legemiddelbruk gir negative helsemessige og økonomiske konsekvenser. For å avhjelpe dette, lanserer meldingen enkelte konkrete tiltak, men peker også på områder der ytterligere utredning er påkrevd før tiltak kan settes i verk. Gjennom bedre samhandling mellom aktørene, bedre utnyttelse av eksisterende infrastruktur og bedre utnyttelse av den farmasøytiske kompetansen som befinner seg i apotek, vil departementet sørge for riktigere legemiddelbruk.

Etter Stortingets behandling av meldingen, er det grunnlag for følgende konklusjoner:

- Apotekene skal fortsatt være faghandel og en del av helsetjenesten, og skal spille en rolle utover ren distribusjon av legemidler.
- Det bør komme en ny gruppe legemidler mellom reseptpliktige og reseptfrie, som kan utleveres av farmasøyt etter forhåndsfast-satte prosedyrer
- Det bør satses på legemiddelgjennomganger. Pilotprosjektene som er skissert i meldingen bør gjennomføres hurtig.

- Sterkere satsing på multidoser. Ytterligere offentlig finansiering skal vurderes, multi-dosepakkelegemidler skal kunne brukes også på sykehus og sykehjem.
- Det var et flertall (Høyre, Kristelig Folkeparti, Venstre og Fremskrittspartiet)¹ for å tillate fri forsendelse og internettapotek, men det må finnes gode løsninger for distribusjon og veiledning av kunder.
- Klart flertall for generisk forskrivning (forskrivning av virkestoff i stedet for merkenavn).
- Klart flertall for bruk av foretrukket legemiddel (innenfor nærmere angitte områder skal det mest kostnadseffektive legemidlet være legenes førstevalg).
- Understreking av at refusjon på grunnlag av individuell søknad skal brukes mindre.
- Utredning av midlertidig refusjon.

Legemiddelmeldingen varslet en bred prosess i oppfølgingsarbeidet.

BUDSJETTMESSIG OPPFØLGING AV LEGEMIDDELMELDINGEN

Kunnskapssenteret, som er en offentlig enhet under Helse- og omsorgsdepartementets ansvarsområde, fikk styrket sitt budsjett med 1 million kroner ved behandlingen av Revidert nasjonalbudsjett våren 2005 for å til følge opp legemiddelmeldingen.

¹ Flertall frem til stortingsvalget 2005.



Legemiddelverket fikk 4 millioner kroner ved behandlingen av Revidert nasjonalbudsjett til rask oppfølging av legemiddelmeldingen, i første omgang til gjennomgang av sykdomslisten og informasjon om refusjonsvilkår (jf. prosjektet Blåreven).

Bidragsordningen (folketrygdloven § 5–22) ble ved Revidert nasjonalbudsjett styrket med 1 million kroner for å gi gratis smertelindrende behandling til pasienter i livets slutfase.

STATSBUDSJETTET FOR 2005

NYTT PRISSYSTEM FOR LEGEMIDLER MED GENERISK KONKURRANSE – TRINNPRISSYSTEMET

Med bakgrunn i en evaluering av ECON Analyse, og en høring der fem alternative prismodeller ble presentert og diskutert, foreslo Regjeringen i sitt forslag til statsbudsjett for 2005 at indeksprissystemet skulle avvikles og erstattes med et trinnbasert prissystem (trinnprissystem) for de ca 25 største virkestoffene med generisk konkurranse. Forslaget ble beregnet å gi en innsparing for folketrygden på 450 mill. kroner i 2005, og 70 mill. kroner i reduserte utgifter for pasientene med mindre de selv velger et dyrere legemiddel. Samtidig ble det sendt på høring forslag til forskriftsendringer med sikte på implementering av trinnprissystemet 1. januar 2005, med forbehold om Stortingets tilslutning. Departementet begrunnet sitt valg av modell slik:

«Et viktig fortrinn med trinnprismodellen sammenliknet med tilskuddsprismodellen er



at det er forholdsvis enkelt å inkludere flere legemidler, også legemidler på hvit resept som pasientene selv betaler fullt ut. Departementet anser det som viktig raskt å utvide virkeområdet for trinnprismodellen til å omfatte alle de legemidler som naturlig kan innpasses, og anser dette som en viktig premiss for valg av modell.»

Stortinget ga enstemmig sin tilslutning ved behandling av statsbudsjettet for 2005, og trinnprissystemet erstattet indeksprissystemet fra 1. januar 2005. Stortingets sosialkomité hadde ved behandlingen av statsbudsjettet en rekke merknader til Regjeringens forslag til ny prismodell:

«Komiteen vil imidlertid likevel støtte opp om Regjeringens ønske om å utforme en ny modell for bedre å kunne redusere utgiftene til legemidler gjennom generisk konkurranse. De senere års regjeringer har forsøkt å få dette til gjennom en rekke forskjellige former for tiltak uten at dette har lyktes i nevneverdig grad.»

.....

«Komiteen tar til etterretning at trinnprismodellen baserer seg på en ensidig garanti gitt av Norges Apotekerforening som oppsummerer dens forståelse av hvordan en trinnprismodell skal praktiseres. Komiteen er derfor innforstått med at den andre part ikke ensidig kan endre betingelsene for hvordan modellen skal praktiseres.»

Systemet omfattet 21 virkestoffer ved systemets ikrafttreden 1. januar 2005. I løpet av året ble systemet utvidet totalt tre ganger, slik at systemet ved årets slutt omfattet 30 virke-

stoffer. Utvidelsen med fire nye virkestoff fra 1. mai 2005 ble beregnet å gi innsparinger for folketrygden i 2005 på 9 mill. kroner.

ELEKTRONISKE RESEPTER

Helse- og omsorgsdepartementet foreslo i St.prp. nr. 1 (2004 – 2005) en bevilgning på 40 mill. kroner i 2005 til oppstart av implementeringen av eRecepter. Det ble på den tiden planlagt at implementering av eRecepter skulle kunne gjennomføres i slutten av 2006. Stortinget sluttet seg til prosjektet under sin behandling av statsbudsjettet.

BIDRAGSORDNINGEN (FOLKETRYGDLOVEN § 5-22)

I henhold til folketrygdloven § 5-22 kan det ytes bidrag til legemidler som det ikke gis refusjon for i medhold av andre bestemmelser. Dette er nærmere regulert i rundskriv fra trygdeetaten, hvor det i 2004 het at man kunne søke om bidrag til dekning av legemiddelutgifter som overstiger 1500 kroner pr år. Dette beløpet ble etter forslag i St.prp. nr. 1 (2004–2005) hevet fra 1500 til 1600 kroner fra 1. januar 2005.

Fra 1. januar 2005 ble det gitt full utgiftsdekning for apotektilvirkede metadontabletter ved kreft/immunsvikt, etter forslag i St.prp. nr. 1 (2004 – 2005). I tillegg ble det åpnet for å yte vanlig utgiftsdekning (90 prosent av utgifter ut over 1 600 kroner) for apotektilvirkede metadontabletter og morfinmikstur for kronisk sterke smerter. På grunn av misbruksfaren knyttet til bruk av metadon, ble det forutsatt at Rikstrygdeverket, i samarbeid med Statens



legemiddelverk, skulle utarbeide kriterier for bruk av og bidrag til legemidlene. Bevilgningen til bidragsordningen ble styrket med 12 mill kroner for å finansiere dette.

TILSKUDD TIL APOTEK

Det er i dag en støtteordning for apotek i tynt befolkede områder, og for apotek som utøver særlige samfunnsmessige oppgaver. Retningslinjer for slik støtte og støtten selv gis av Statens legemiddelverk.

Som følge av økt behov til driftsstøtte de senere år, foreslo departementet å øke bevilgningen til formålet med 5 mill kroner i St.prp. nr. 1 (2004–2005).

PANDEMISK INFLUENZA

I forbindelse med Revidert nasjonalbudsjett 2005 ble det i St.prp. nr. 65 (2004 – 2005) foreslått bevilget 210 millioner kroner til legemiddelberedskap ved pandemisk influensa over statsbudsjettets kapittel 702 post 21.

KREFTLEGEMIDLER

Ved behandlingen av revidert nasjonalbudsjett fikk Kunnskapssenteret 2 millioner kroner til å utvikle nasjonal standard for bruk av kreftlegemidler i sykehus.

DYRE LEGEMIDLER

Ved behandlingen av Revidert nasjonalbudsjett ble Helseforetakene gitt 18 millioner kroner ekstra til innkjøp av dyre legemidler. Departementet skrev i sitt forslag:

“Departementet vil ta initiativ til et arbeid der fagmiljøer systematisk vurderer nye behandlingsopplegg, i første rekke nye legemidler til bruk i sykehus, kombinert med en gjennomgang

av den foreliggende faglige og vitenskapelige dokumentasjonen. Et viktig mål for arbeidet er å bidra til felles nasjonale standarder for behandling på sykehus. I første omgang vil dette skje innenfor kreftbehandling. Arbeidet vil bli ledet av Sosial- og helsedirektoratet i samarbeid med Nasjonalt kunnskapssenter. Det vises til kap. 720 der det foreslås bevilget 2 millioner kroner til formålet.”

SIMVASTATIN FORETRUKKET LEGEMIDDEL VED BEHANDLING AV HØYT KOLESTEROL

Fra 1. juni 2005 ble simvastatin såkalt foretrukket legemiddel ved forskrivning av kolesterol-senkende legemidler på blå resept. Tiltaket ble anslått å gi en innsparing i 2005 på 40 millioner kroner, og 200 millioner kroner i 2006.

KLASSEPRISSYSTEM BESLUTTES IKKE INNFØRT

Stortinget vedtok ved behandlingen av statsbudsjettet for 2004 å innføre klassepris-systemer for utvalgte legemidler. Eksempelvis skulle prisen for den patenterte merkevaren Cipralax knyttes til den daværende indeksprisen for virkestoffet citalopram, som har generisk konkurranse. Tilsvarende skulle prisen på den patenterte merkevaren Nexium knyttes til indeksprisen for virkestoffet omeprazol, som også har generisk konkurranse og derfor er vesentlig rimeligere.

Klasseprissystemet ble ikke implementert i 2004. I høringen som ble avholdt, kom det fram innvendinger som gjorde at Helse- og omsorgsdepartementet i fremlegget til revidert nasjonalbudsjett 2005 tilrådte at man ikke skulle implementere systemet.

REKVIRERING OG OMSETNING

FISKEHELSEBIOLOGER FÅR BEGRENSET REKVISISJONSRETT

Fra 15. august 2005 fikk fiskehelsebiologer rett til å rekvirere reseptpliktige legemidler til akvatiske dyr, unntatt sjøpattedyr. Dette ble iverksatt ved at lovbestemmelsen i dyrehelsepersonelloven § 17 annet ledd trådte i kraft fra dette tidspunktet. Med dette har fiskehelsebiologer og veterinærer samme rettigheter til rekvirering av legemidler til akvatiske dyr, unntatt sjøpattedyr.

TILGJENGELIGHET

AVTALEN OM OPPRETTHOLDELSE AV DISTRIKTSAPOTEK FORLENGET

Helse -og omsorgsdepartementet undertegnet 26. september 2005 en avtale med Apotek 1 og Vitus apotek om en forlengelse av garantien for apotekdekningen i distriktene. Tilsvarende avtale ble også inngått med Alliance apotek, som tidligere ikke hadde noen slik avtale. Avtalen løper til 1. juli 2007. Distriktsapotekavtalen gjelder for alle kommuner der det per 1. mars 2005 ikke var flere enn ett privat apotek. Avtalen sikrer kommunene en apotekdekning på minimum samme nivå som 1. mars 2005. Dette er en utvidelse av avtalen som har løpt til nå. Avtalen innebærer at kjedene forplikter seg til at en av dem skal åpne apotek, dersom det eneste eksisterende apoteket i en kommune blir lagt ned. Forpliktelsen til å åpne apotek går på omgang mellom de tre kjedene.



9. FOLKETRYGDENS FINANSIERING AV LEGEMIDLER M.V.

FOLKETRYGDENS REFUSJON AV UTGIFTER TIL LEGEMIDLER M.V.

Trygdens plikt til å refundere utgifter til legemidler, medisinsk utstyr og næringsmidler etter legens resept, er hjemlet i folketrygdloven kapittel 5 Stønad ved helsetjenester.

De fleste legemidlene refunderes etter forskrift 18. april 1997 nr. 330 om stønad til dekning av utgifter til viktige legemidler og spesielt medisinsk utstyr (blåreseptforskriften), som er hjemlet i folketrygdloven § 5-14. Legemidler som ikke omfattes av blåreseptforskriften, kan gis refusjon ("bidrag") etter folketrygdloven § 5-22, også omtalt som "bidragsordningen". Folketrygdloven § 5-15 gir videre anledning til å yte refusjon til legemidler som benyttes i sykehus. Det var i 2005 kun ett legemiddel som ble refundert under denne bestemmelsen (Remicade).

REFUSJON SKJER I PRAKSIS ETTER TO MODELLER:

Modell 1: Apotekpersonalet krever kun egenandelen fra pasienten, og retter kravet om resterende betaling til trygdeetaten, i tråd med de oppgjørsavtalene som er inngått på forhånd mellom det enkelte apotek og det aktuelle oppgjørskontoret i trygdeetaten. Gjennom denne forskutteringen fra apotekets side slipper pasienten å legge ut kostnadene for legemidler, det medisinske utstyret eller næringsmidlene i påvente av at folketrygden skal refundere beløpet.

Modell 2: Kunden betaler hele beløpet på apoteket, og henvender seg i ettertid til trygdekontoet for å kreve utgiftene refundert av trygden. Spesielt vil legemidler som kreves refundert etter bidragsordningen basere seg på et system der refusjonen kommer i stand som et økonomisk oppgjør direkte mellom pasienten og trygdeetaten.

AVTALE OM DIREKTE OPPGJØR

Apotekenes oppgjørsavtale med trygdeetatens oppgjørskontorer om direkte oppgjør, dekker følgende ytelser:

- Legemidler, næringsmidler og spesielt medisinsk utstyr som dekkes pliktmessig i henhold til blåreseptforskriften
- Legemidler til vernepliktige
- Legemidler som dekkes etter bidragsordningen

DIREKTE OPPGJØR ETTER BLÅ-RESEPTFORSKRIFTEN

Refusjon etter § 9.

Legemidler som er ført opp på preparatlisten til § 9, gis pliktmessig refusjon. Det innebærer at legen har anledning til å forskrive legemidlet på blå resept til pasienter med bestemte medisinske tilstander/sykdommer, og således påføre trygden en refusjonsforpliktelse.

Det er Legemiddelverket som avgjør hvilke legemidler som skal tas inn i preparatlisten for den definerte sykdom/diagnose. Dette gjelder kun når refusjonen ikke vil øke trygdens utgifter med mer enn fem millioner kroner i året, og dersom legemidlet kan tilordnes en legemiddelgruppe og et sykdomspunkt som allerede er i forskriften. Hvis forskriften må endres fordi det ikke er noe passende sykdomspunkt eller legemiddelgruppe for et legemiddel som ønskes refundert, ligger vedtaksmyndigheten i Helse- og omsorgsdepartementet. Departementet må be Stortinget om særskilt bevilgningsvedtak dersom refusjon antas å ha en større budsjett-effekt enn fem millioner kroner. Dette gjelder selv om blåreseptforskriften ikke må endres.

Legemiddelfirmaene må normalt søke Legemiddelverket om at legemidlet skal vurderes for opptak i preparatlisten til § 9 og således kunne forskrives av legene på blå resept med pliktmessig refusjon for folketrygden.

Bestemte legemidler som refunderes etter § 9, har fra 1. januar 2005 fått fastsatt en

§ 9 punkt	2005 mill kr	Prosent andel	% endring 2004–2005
12 Hjerte-kar-sykdom	2 399,7	29,9	-7,1
2 Astma og obstruktiv lungesykdom	954,1	11,9	4,2
18 Depresjoner/psykiske lidelser	891,3	11,1	-5,0
41 Spiserørbetennelse	433,0	5,4	0,0
5 Diabetes	387,6	4,8	11,5
9 Kreft/ondartede svulster	349,1	4,4	16,9
7 Epilepsi m.v.	349,0	4,4	4,3
33 Allergiske lidelser	337,0	4,2	-2,0
36 Migrene m.v.	290,2	3,6	5,7
6 Hormonsvikt (hypofysen)	189,2	2,4	7,7
Andre § 9	1 434,7	17,9	-8,9
Totalt § 9	8 014,8	100,0	-2,5

Tabell 9.1 De ti refusjons-/sykdomspunktene i blåreseptforskriften § 9 med høyest omsetning i 2005 (mill kroner)

trinnspris, som er det maksimale refusjonsbeløpet for legemidlet (se kapittel 6). For legemidler som ikke er inkludert i trinnsprissystemet, er det normalt maksimal utsalgspris som er det maksimale beløpet som refunderes.

Omsetning (inkl pasientens egenbetaling) legemidler refundert etter § 9 i blåreseptforskriften, utgjorde 8 milliarder kroner i 2005. Dette representerer en reduksjon på 2,5 pro-

sent sammenlignet med 2004. Det er innenfor sykdomsgruppene hjerte/kar og depresjoner/psykiske lidelser den største nedgangen i omsetningen (målt i kroner) har skjedd. Hovedårsaken er at trinnsprissystemet har ført til en betydelig prisreduksjon på legemidler i disse viktige gruppene. Nedgangen oppveier veksten som har funnet sted i behandlingen av diabetes og kreft, som har en økning på hhv 11,0 og 16,5 prosent.



§ 10a punkt	2005 mill kr	Prosent andel	% endring 2004–2005
17 Leddgikt og Bekhterev	410,6	34,4	41,8
7 Epilepsi m.v	253,8	21,3	32,2
9 Kreft/ondartede svulster	136,3	11,4	13,5
27 Kroniske lever- og nyresykdommer	91,4	7,7	19,8
12 Hjerte-kar-sykdom	64,1	5,4	-11,4
Andre § 10a	236,2	19,8	-11,7
Totalt § 10a	1 192,5	100,0	17,2

Tabell 9.2 De fem refusjons-/sykdomspunktene i blåreseptforskriften § 10a med høyest omsetning i 2005 (mill kroner)

Refusjon etter § 10a
Refusjon etter § 10a omfatter legemidler som benyttes for en av de sykdommene som er oppført i § 9, men hvor legemidlet en ønsker seg ikke er oppført i preparatlisten til § 9. Trygden treffer vedtak for den enkelte pasient på grunnlag av legens refusjonssøknad.

Omsetning, inklusive egenandel, av legemidler refundert etter § 10a i blåreseptforskriften utgjorde i underkant av 1,2 milliarder kroner i 2005. Dette representerer en vekst på 17,2 prosent sammenlignet med 2004. Det er innenfor sykdomsgruppene leddgikt og epilepsi den største veksten i salget har skjedd. Det vises til kapitlene 18 og 20 for nærmere omtale av omsetningsutviklingen for disse gruppene.

Refusjon etter § 2
Trygden kan fatte vedtak om refusjon av utgifter til kostbare legemidler som brukes til behandling av kroniske sykdommer som ikke er nevnt i § 9 i forskriften, hvis legemidlet må brukes over lang tid (kronisk tilstand). Trygden fatter vedtak for hver enkelt pasient på grunnlag av legens søknad til trygden.

Refusjon etter § 3
Denne paragrafen omhandler refusjon av utgifter til medisinsk utstyr. Det kan bare gis refusjon ved behandling av nærmere bestemte sykdomstilstander, som er nærmere beskrevet i sykdomspunkter som er inntatt i forskriften.

Fastsettelsen av hvilke varer som refunderes for de forskjellige sykdomstilstandene, gjøres

Gruppe	2005 Kroner	% endring 2004–2005
Stomiposer, kateter og bandasjemateriell	363 967 667	9,6
Utstyr til bruk ved diabetes	326 909 430	11,1
Utstyr til bruk ved kronisk obstruktiv lungesykdom og astma	8 404 988	19,7
Bandasjemateriell og kanyler til strupeopererte	7 991 044	41,0
Hoftebeskytter til personer med osteoporose	823 709	-14,4
Utstyr til bruk ved blødersykdom	239 631	-5,5
Utstyr til barn med veksthormonforstyrrelse	167 151	34,0
Testmateriell for nyretransplanterte	105 589	-12,9
Sum omsetning	708 609 209	10,6

Tabell 9.3 Omsetning, inklusive egenandel, for produktgrupper som refunderes etter § 3 i blåreseptforskriften i 2005*

* Medisinsk utstyr som refunderes av folketrygden, omsettes både i apotek og hos bandasjister

normalt på grunnlag av søknad fra produsent. Hver enkelt vare tildeles en refusjonspris, som er det maksimale beløpet trygden refunderer.

Følgende refunderes etter blåreseptforskriften § 3:

- Stomiposer, kateter og bandasjemateriell
- Bandasjemateriell og kanyler til bruk etter operasjoner i strupe og luftveier
- Utstyr til bruk ved diabetes: Penner, sprøyter, spisser, lansetter, materiell til måling av sukker m.m.
- Utstyr til bruk ved blødersykdom
- Utstyr til bruk ved kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) og astma
- Utstyr til barn med veksthormonforstyrrelse: Penner, sprøyter og spisser til injeksjon av veksthormonpreparater
- Testmateriell for nyretransplanterte
- Hoftebeskytter til personer med osteoporose

Refusjon etter § 3a
Næringsmidler kan refunderes etter § 3a i blåreseptforskriften. Fastsettelse av hvilke varer

som refunderes for de forskjellige sykdomstilstandene, gjøres på tilsvarende måte som for varer som refunderes etter § 3.

Hovedregelen etter § 3a er at refusjon kan innvilges etter at legen har søkt om refusjon for den enkelte pasient. Unntaket er refusjon ved Føllings sykdom, der søknad og krav om særskilt samtykke fra folketrygden ikke er nødvendig.

Næringsmidler refunderes til pasienter ved sykelige prosesser som hindrer tilførsel eller opptak av vanlig mat, ved laktose-, melkeproteinintoleranse og ved fenylketonuri (Føllings sykdom). Omsetning, inklusive egenandel, av produkter som refunderes etter § 3a i blåreseptforskriften utgjorde 78 mill. kroner i 2005 (se tabell 9.4).

Årsaken til den sterke veksten i omsetningen på § 3a, er at stønad til utgifter for næringsmidler som før forskriften ble endret 25. juni 2004 var spredd på flere refusjonshjemler ble samlet under § 3a.



Refusjon etter § 4

Utgifter til legemidler som benyttes ved allmennfarligesmittsomme sykdommer, refunderes etter en nærmere angitt syksomsliste i § 4-1. Det ytes stønad til utgifter til antiinfektive legemidler (ATC-kode J) og til immunstimulerende legemidler (ATC-kode L03A).

Etter denne paragrafen ytes det også stønad til vaksiner, immunoglobuliner og immunsera etter en nærmere angitt sykdoms- og preparatliste i § 4-3.

BIDRAGSORDNINGEN

Folketrygden kan yte bidrag til dekning av utgifter til legemidler som ikke dekkes etter blåreseptforskriften. Bidrag kan ytes dersom legemidlet er forskrevet av lege, har norsk markedsføringstillatelse og er klassifisert som reseptpliktig preparat.

Folketrygden yter bidrag tilsvarende 90 prosent av de utgifter som overstiger 1600 kroner pr. kalenderår. Hovedregelen er at pasienten betaler legemidlene fullt ut på apoteket, og deretter fremsetter søknad om dekning av utgiftene overfor trygdekontoret. Det er imidlertid enkelte unntak fra denne regelen.

Pasienter med kreft eller immunsvikt kommer inn under bidragsordningens regel om fullt

Refusjonshjemmel (blåreseptforskriften hvis ikke annet er angitt)	2005	% andel	% end- ring 2004- 2005
§9: Legemidler forhåndsgodkjent for refusjon	8 014,8	76,4	-2,5
§10a: Andre legemidler ved sykdommer oppført i § 9., krever trygdens godkjenning for hver enkelte pasient	1 192,5	11,4	17,2
§3: Medisinsk utstyr, sykepleieartikler	708,6	6,8	10,6
§2: Kostbare legemidler ved sykdommer som ikke er nevnt i § 9.	301,0	2,9	16,0
Forenklet oppgjør i bidragsordningen, § 5-22 *	120,9	1,2	17,9
§4: Vaksiner og legemidler ved allmennfarlige, smittsomme sykdommer	80,6	0,8	17,0
§3a: Næringsmidler	78,6	0,7	20,9
Totalt	10 497,0	100,0	1,2

Tabell 9.4 Omsetning etter refusjonshjemler (mill kroner)

*) Gjelder enkelte legemidler ved kreft og immunsvikt (sterke smertestillende midler, sovemidler m.m.) samt smertestillende legemidler ved sykdommer som er gått inn i en langtkommen og uhelbredelig fase, hvor kunden ikke avkreves egenbetaling.

bidrag (folketrygden betaler hele legemiddelkostnaden) og forenklet oppgjør. Regelen om forenklet oppgjør gjelder for avførende-, stoppende-, beroligende-, hostestillende-, kvalmestillende-, smertestillende eller søvnfremkallende legemidler. Regelen innebærer at pasienten slipper å betale for disse legemidlene på apoteket. For beroligende, smertestillende og søvnfremkallende legemidler er det et vilkår at sykdommen er kommet inn i en langtkommen og uhelbredelig fase, og at faren for avhengighet er bedømt som underordnet.

Ved andre sykdommer som er gått inn i en langtkommen og uhelbredelig fase, kan det ytes fullt bidrag til følgende medikamentgrupper for å redusere pasientens smerter.

P-piller til jenter i alderen 16-19 år dekkes fullt ut ved bidrag og forenklet oppgjør fra måneden etter fylte 16 år til og med måneden før de fyller 20 år. Ordningen omfatter legemidler i tablettform som er oppført i ATC-gruppe G03A.

Fra 1. mars 2006 endret Helse- og omsorgsdepartementet denne finansieringsordningen til en fast bidragssats. Ordningen vil inkludere alle hormonelle prevensjonsmidler i tablettform, injeksjon, plaster og vaginalring som kan rekvireres av lege, helsesøster og jordmor. Implantat og spiral dekkes ikke. Bidragssatsen settes til 100 kroner for hver tredje månedes ekspedisjon. Ved bruk av legemidler som koster mer enn 100 kroner, må kunden betale mellomlegget selv.

LEGEMIDLER TIL VERNEPLIKTIGE

Den spesielle ordningen for vernepliktige er ikke beskrevet i blåreseptforskriften, men fremgår fra Rikstrygdeverkets rundskriv til forskriften. Refusjon kan ytes forutgifter til legemidler med markedsføringstillatelse som er forskrevet av lege, som benyttes under avtjening av verneplikten og som ikke kan rekvireres fra tjenestestedet.



DE MEST OMSATTE
VIRKESTOFFENE I
BLÅRESEPTORDNINGEN

Legemidler forskrevet med hjemmel i § 9 og § 10a i blåreseptforskriften representerte i 2005 en omsetning på 9 207,3 millioner kroner. De 25 mest solgte virkestoffene utgjorde 46 prosent av denne summen.

Av disse hadde kun tre en omsetningsandel etterblåresept som var mindre enn 90 prosent, etter blå resept: Nexium (esomeprazole), Zyprexa (olanzapine) og Aricept (donepezil). Nexium som brukes til behandling av spiserørsbetennelse og sammen med legemidler som kan gi magesår. For Nexium kan det skyldes at det også er mye brukt i sykehus eller andre helseinstitusjoner, i tillegg til at det forskrives på hvit resept bl.a. i forbindelse med korttids kombinasjonsbehandling ved magesår. Zyprexa og Aricept benyttes til behandling av hhv schizofreni og demens i institusjoner.

	ATC-5. nivå	Virkestoff	Merkenavn Eksempler	Omsetning på blå resept i 2005 mill. kr	% andel på blå resept
1	C10AA05	Atorvastatin	Lipitor	540,8	98,7
2	L04AA11	Etanercept	Enbrel	367,8	99,4
3	R03AK06	Salmeterol combination	Seretide	345,0	98,2
4	A02BC05	Esomeprazole	Nexium	272,6	86,6
5	R03AK07	Formoterol combination	Symbicort	184,7	98,2
6	C07AB02	Metoprolol	Selo-Zok	180,5	96,4
7	C10AA01	Simvastatin	Zocor	168,2	98,7
8	C09DA01	Losartan and diuretics	Cozaar Comp	164,1	99,0
9	N05AH03	Olanzapine	Zyprexa	159,2	80,4
10	N02CC01	Sumatriptan	Imigran	151,1	99,2
11	H01AC01	Somatropin	Genotropin, Humatrope	141,7	100,0
12	M05BA04	Alendronic acid	Fosamax	136,8	94,6
13	L02BB03	Bicalutamide	Casodex	126,6	97,4
14	A10AC01	Insulin(human)	Actrapid	124,0	95,9
15	L03AB07	Interferon beta-1a	Avonex, Rebif	120,5	100,0
16	N06AB10	Escitalopram	Cipralex	120,1	92,4
17	L04AA17	Adalimumab	Humira	119,0	97,9
18	N06AX16	Venlafaxine	Efexor	116,8	93,9
19	N03AX09	Lamotrigine	Lamictal	114,1	92,3
20	G04BD07	Tolterodine	Detrusitol	111,0	93,2
21	C09CA01	Losartan	Cozaar	105,7	97,7
22	R06AX27	Desloratadine	Aerius	94,3	96,5
23	C09CA06	Candesartan	Atacand	90,4	96,1
24	N06AB06	Sertraline	Zoloft	89,2	91,9
25	N06DA02	Donepezil	Aricept	88,0	78,7
Sum				4 232,3	

Tabell 9.5 De 25 mest omsatte virkestoffene på §§ 9 og 10a i blåreseptordningen 2005



VIKTIGE ENDRINGER I PREPARATLISTEN § 9 I BLÅRESEPT-FORSKRIFTEN I 2005

Merkenavn	Virkestoff	ATC-kode	Refusjons-punkt	Dato
Avandamet	Metformin og rosiglitazone	A10BD03	5d	01.01.05
Risperdal Consta	Risperidone	N05AX08	18a	01.01.05
Abilify	Aripiprazol	N05AX12	18a	01.01.05
BeneFix	Coagulation factor ix	B02BD04	6a2	01.02.05
Nasonex	Mometasone	R01AD09	33d	01.03.05
Vesicare	Solifenacin	G04BD08	40a	01.03.05
Keppra	Levetiracetam	N03AX14	7e	01.04.05
AFI-D2 forte	Ergocalciferol	A11CC01	14c	01.04.05
Cabaser	Cabergoline	N04BC06	16d	01.04.05
Risperdal smelte-tabletter	Risperidone	N05AX08	18a	01.04.05
PegIntron	Peginterferon alfa-2b	L03AB10	38g	01.04.05
Kentera	Oxybutynin	G04BD04	40a	01.05.05
Symbicort Forte Turbuhaler	Formoterol and other drugs for obstructive airway diseases	R03AK07	2g	01.07.05
Faslodex	Fulvestrant	L02BA03	9a	01.07.05
Atacand	Candesartan	C09CA06	12c	01.08.05
Certican	Everolimus	L04AA18	39a	01.10.05
Bonviva	Ibandronic acid	M05BA06	42a	01.10.05
Apidra	Insulin glulisine	A10AB06	5a	01.11.05

Tabell 9.6 Nye virkestoffer, kombinasjoner og tilknyttede refusjonspunkt

Merkenavn	Virkestoff	ATC-kode	Refusjonspunkt	Dato/Kommentar
Celebra	Celecoxib	M01AH01	17j, 35c	01.05.05, med overgangsordning til 01.08.05
Dynastat	Parecoxib	M01AH04	17j, 35c	- "-
Arcoxia	Etoricoxib	M01AH05	17j, 35c	- "-
Lanzo Melt	Doxazosin	C02CA04	41 b	01.10.05

Tabell 9.7 Virkestoffer, kombinasjoner og tilknyttede refusjonspunkter tatt ut av preparatlisten.

Forskrivning på blå resept etter § 9 for Cox-2-hemmerne (coxibene) bortfalt med virkning fra 1. mai 2005. Det ble etablert en overgangsordning hvor resepter som var skrevet ut før 1. mai 2005, ble refundert fram til 1. august 2005 (se kapittel 19 for nærmere omtale).

Statens legemiddelverk vedtok at Lanzo Melt (lansoprazol) fra og med 1. oktober 2005 ikke lenger kunne forskrives etter blåreseptforskiten. Begrunnelsen var at prisforskjellen mellom Lanzo enterokapsel og Lanzo Melt er uforholdsmessig stor etter at lansoprazol ble inkludert i trinnprissystemet fra 1. august 2005. En forutsetning for refusjon var at prisen for Lanzo Melt, en oppløselig enterotablett, som ikke er tatt opp på byttelisten, ikke var høyere enn prisen for Lanzo.

FORETRUKKET LEGEMIDDEL – ET NYTT VIRKEMIDDEL FOR PRIORITERING INNENFOR BLÅRESEPTFORSKIFTEN

Ved behandlingen av statsbudsjettet for 2004 ble det truffet et vedtak som i praksis innebar at legene fra 1. mars 2004 måtte forskrive eldre og velprøvde medisiner til nye pasienter med forhøyet blodtrykk, med mindre tungtveiende medisinske årsaker tilsier bruk av dyrere legemidler. Vedtaket er gitt følgende ordlyd:

“Ved oppstart av behandling for ukomplisert hypertensjon (ikke hypertensiv organskade, urinsyregikt, nedsatt glukosetoleranse eller ubehandlet diabetes) skal tiazid eller tiazid i fast kombinasjon med kaliumtilskudd eller kaliumsparende legemiddel prøves først. Andre legemidler mot hypertensjon kan anvendes som førstevalg dersom tiazid av medisinske årsaker ikke kan brukes. Årsaken til at tiazid ikke kan brukes skal angis i journalen.”

Forslaget ledet til sterk debatt, til tross for at forslaget hadde utspring i vitenskapelige studier som viste at nyere legemidler kostet mer uten nødvendigvis å gi bedre effekt for denne pasientgruppen.

I statsbudsjettet for 2005 innførte man tilsvarende ordning for kolesterolsenkende legemidler. Bakgrunnen denne gangen var at det mest

omsatte legemidlet til behandling av høyt kolesterol – simvastatin – hadde gått av patent, hvilket ledet til et betydelig prisfall. Dermed fremsto simvastatin som mye billigere enn sine patenterte konkurrenter. Det forelå ikke dokumentasjon for at de patenterte alternativene hadde en mereffekt som kunne forsvare prisforskjellen, og myndighetene bestemte derfor at simvastatin skulle være legenes førstevalg ved forskrivning av kolesterolsenkende legemidler for trygdens regning. Dog ble det åpnet for at legen skulle kunne gjøre unntak i det enkelte tilfellet dersom det er tungtveiende medisinske grunner til ikke å benytte simvastatin.

Tiltakene nevnt over er eksempler på bruk av virkemidlet som vanligvis omtales som “foretrukket legemiddel”. Myndighetene anser dette virkemidlet som velegnet til bruk i tilfeller der det er store prisforskjeller mellom legemidler, samtidig som effekten av legemidlene synes å være lik. Selve vurderingen av om det i det enkelte tilfellet foreligger tungtveiende medisinske grunner til å forskrive noe annet enn det foretrukne legemidlet, overlates til legen.

Det vises til kapittel 13 for nærmere omtale av effektene av dette virkemidlet.



EGENANDELER OG EGENBETALING FOR LEGEMIDLER

EGENANDELER UNDER BLÅRESEPT – ORDNINGEN I 2005

Barn under 7 år: Ingen egenandel
Minstepensjonister: Ingen egenandel
Øvrige: 36 prosent, - maksimalt 490 kroner pr. resept pr. tre måneder. Egenandelen betales på apoteket.
Egenandelstak (Tak 1 = frikortgrense) 1850 kroner

Pasienter som reserverer seg mot bytte til billigere legemiddel innen samme byttegruppe (på Legemiddelverkets bytteliste), må selv betale differansen mellom apotekets utsalgspriser dersom prisen varierer mellom tilbudt og valgt legemiddel. Beløpet regnes ikke som

egenandel og kan følgelig ikke føres opp på egenandelskortet.

Dersom legen forbyr apoteket å bytte til et generisk legemiddel gjennom reservasjon på resepten, beregnes pasientens egenandel av prisen på det legemidlet som er forskrevet.

PASIENTENES EGENANDEL I 2005

Den totale omsetningen av legemidler m.m. som dekkes etter blåreseptforskriften var på til sammen 10,4 milliarder kroner i 2005, av dette utgjorde pasientenes andel/egenbetaling 10,5 prosent. Egenbetaling inkluderer her både den fastsatte egenandelen og mellomlegget/differansen som pasienten betaler ved reservasjon mot generisk bytte.

DEL V

OMSETNING AV LEGEMIDLER I NORGE

DETALJERT STATISTIKK



10. OMSETNING AV LEGEMIDLER ETTER ATC HOVEDGRUPPER

ATC-systemet er et internasjonalt (Anatomical Therapeutic Chemical) klassifikasjonssystem for legemidler anbefalt av WHO. Systemet er hierarkisk, og legemidlene er klassifisert ned til substansnivå (virkestoff). De fleste virkestoff som brukes har en ATC.

Ved hjelp av ATC-nummer kan man finne frem til hvilken terapeutisk og/eller kjemisk gruppe et virkestoff tilhører. ATC brukes som utgangspunkt for å få en oversikt over innholdsstoffer

og preparater, og over preparater med samme eller nær beslektede innholdsstoffer.

For mange av virkestoffene er det også angitt en definert døgndose (DDD). DDD er en teknisk verdi fastsatt internasjonalt for å gjenspeile legemiddelbruken internasjonalt. Verdien er bestemt ut fra at den skal være mest mulig lik gjennomsnittet av dosene som benyttes for det aktuelle legemiddelet ved dets hovedindikasjon hos voksne. Internasjonal bruk av

systemet gjør det enklere å sammenligne bruk av legemidler mellom land.¹

Enheten DDD/1000innbyggere/døgn brukes til å gi et anslag for hvor stor del av befolkningen (i promille) som kan bruke en dose (DDD) daglig i løpet av ett år. Når en vet hvor mange doser som selges, fordeles salget på hele befolkningen uansett alder og på 365 dager. Når for eksempel salget av kolesterolsenkende legemiddel i 2005 var 127 DDD/1000innb/døgn betyr at 127 av 1000 bruker det, dvs 12,7 prosent av befolkningen.

Gruppe N Nervesystemet er den største ATC-hovedgruppen med en omsetning på 3308 millioner kroner, fulgt av gruppe C Hjerte og kretsløp med omsetning på 2460 millioner kroner. Målt etter antall brukere er gruppe C størst. Så mange som 1,8 millioner nordmenn kan ha brukt hjerte/karlegemidler daglig i 2005 (389,1 DDD/1000innb/døgn, dvs 38,9 prosent av befolkningen). Nummer to i forbruk er gruppe A – fordøyelsesorganer og stoffskifte med i underkant av 1,2 millioner brukere (251,7 DDD/1000innb/døgn, dvs. 25,2 prosent av befolkningen), mens gruppe N er nummer

tre tilsvarende 900.000 daglige brukere (193,7 DDD/1000innb/døgn, dvs. 19,4 prosent av befolkningen).

Det er for ATC-hovedgruppene C, L og M det har skjedd de største endringene fra 2004 til 2005. For gruppe C er det en betydelig reduksjon i omsetningen målt i kroner (-8,6 prosent) til tross for en økning i forbruket målt i doser (6,4 prosent). Dette indikerer at priser per behandlingsdose er blitt redusert betydelig, og kan ses i sammenheng med at myndighetene innførte et nytt prissystem for legemidler med generisk konkurranse fra 1. januar 2005 (trinnsprissystemet). Reduksjonen for ATC-gruppe M kan ses i sammenheng med at bruken av Cox2-hemmere er blitt sterkt redusert, mens veksten for gruppe L kan ses i sammenheng med sterk vekst i omsetning av de immunsuppressive legemidlene Enbrel (etanercept), Remicade (infliximab) og Humira (adalimumab). Se kapitlene 13, 18 og 19 for nærmere omtale.

¹ <http://www.whocc.no/atcddd/>



Kap.	ATC hovedgrupper		2005 mill kr	%- endring 2004- 2005	2005 mill DDD	%- endring 2004- 2005	DDD pr 1000 innb./døgn 2005*
11	A	Fordøyelsesorganer og stoffskifte	1 829,0	5,9	425,5	-0,4	251,7
12	B	Blod og bloddan- nende organer	724,7	12,8	196,6	4,1	116,3
13	C	Hjerte og kretsløp	2 460,0	-8,6	657,8	6,4	389,1
14	D	Dermatologiske midler	430,3	2,4	2,6	-0,4	1,5
15	G	Urogenitalsystem og kjønshormoner	823,1	6,5	159,8	-2,2	94,5
16	H	Hormoner til sys- temisk bruk, ekskl. kjønshormoner og insulin	381,3	10,2	65,6	3,4	38,8
17	J	Antiinfektiva til systemisk bruk	761,0	8,8	31,7	6,4	18,7
18	L	Antineoplastiske og immunmodulerende midler	2 009,9	24,2	18,7	10,7	11,1
19	M	Muskler og skjelett	740,4	-21,1	92,4	-12,3	54,6
20	N	Nervesystemet	3 307,9	5,6	327,4	3,7	193,7
21	P	Antiparasitære midler, insekticider og insektmidler	52,3	17,1	1,4	-1,2	0,8
22	R	Respirasjonsorganer	1 724,2	3,0	266,5	1,3	157,7
23	S	Sanseorganer	358,1	5,6	28,6	1,8	16,9
24	V	Varia	160,4	4,8	0,2	8,4	0,1
25	Q	Veterinære lege- midler	242,0	11,0	-	-	-
Totalt			16 004,7	3,8	2274,7	2,3	1345,5

* Antall innbyggere i Norge pr 1.10.2005: 4 631 799

Tabell 10.1 Omsetning av legemidler i henhold til ATC hovedgrupper i kroner og DDD (mill kr og mill DDD)

FAKTORER SOM PÅVIRKER LEGEMIDDELOMSETNINGEN I NORGE

I kapitlene 11-25 gis det kommentarer og detaljerte oversikter i tabellform over legemiddelomsetningen målt i omsetningsverdi (kroner) og definerte døgndoser (DDD) for hver av ATC-gruppene. I kommentarene er det spesielt lagt vekt på å fremheve enkeltlegemidler og legemiddelgrupper der det har skjedd markante endringer i løpet av 2005.

Legemiddelfeltet er svært komplekst og dynamisk, og har vært utsatt for raske endringer i regulatoriske rammevilkår og markedsforhold. Endringene som observeres kan ha ulike årsaker. Det kan også være slik at flere forhold kan ha inntruffet og påvirket forbruket samtidig. Det kan derfor være av interesse å se nærmere på de viktigste faktorene som påvirker legemiddelomsetningen i Norge, og hvordan de påvirker.

Det er i hovedsak følgende faktorer som påvirker omsetningen i legemiddelmarkedet:

- Det totale forbruket av legemidler målt i DDD
- Prisutviklingen av legemidler som er godkjent for bruk i Norge
- Introduksjon av nye legemidler, prisen som settes på disse og i hvilken grad de erstatter eldre og ofte billigere legemidler
- Patentutløp for legemidler, der prisen går kraftig ned, og om bruken av slike billigere legemidler kan erstatte dyrere legemidler

DET SAMLEDE FORBRUKET AV LEGEMIDLER I NORGE

Det samlede forbruket av legemidler i Norge målt i DDD har i likhet med andelen eldre i befolkningen vist en jevn vekst i mange år. Siden legemiddelforbruk stiger kraftig med alder for mange legemiddelgrupper, er andelen eldre i befolkningen en viktig forklaring på økningen i legemiddelforbruket. Økningen i forbruk henger også sammen med at det er kommet flere legemidler til nye sykdomsområder og plager hvor det tidligere ikke har vært tilbud om legemiddelbehandling, og at legemidler i økende grad brukes til forebyggende behandling av sykdom. Eksempler på hendelser/faktorer som kan påvirke forbruket av et legemiddel kan være:

- Ny markedsføringstillatelse gis til et legemiddel til et nytt, eventuelt etablert terapiområde
- Publisering av vitenskapelig dokumentasjon som viser nye effekter (herunder også nye bivirkninger) av et markedsført legemiddel som fører til nye indikasjoner og indikasjonsutvidelser for legemidlet, nye terapianbefalinger og endringer i refusjonsstatus
- Nytt prisbilde som fører til endringer i refusjonsstatus
- Produsentenes markedsføringsstrategi
- Et legemiddel mister sin markedsføringstillatelse eller blir trukket fra markedet

- Demografisk utvikling
- Trusler om pandemiske infeksjonssykdommer (se omtalen om Tamiflu i kapittel 17)

PRISUTVIKLINGEN PÅ LEGEMIDLER SOM ER GODKJENT I NORGE

Som det er nærmere gjort rede for i kapitlene 4 og 6, regulerer norske myndigheter maksimalprisene på reseptpliktige legemidler med markedsføringstillatelse. Prisendring på et reseptpliktig legemiddel kan følgelig skyldes:

- den årlige revisjonen av legemidlets maksimalpris gjennomført av myndighetene
- at produsenten søker om og får endret maksimalpris på sitt legemiddel
- priskonkurranse mellom generiske eller terapeutiske alternativer
- at legemidlet/virkestoffet blir inkludert i trinnprissystemet (se nærmere omtale i kapittel 6)

INTRODUKSJON AV NYTT LEGEMIDDEL, PRISFASTSETTELSEN, OG HVORDAN NYTT MIDDEL ERSTATTER ELDRE, BILLIGERE LEGEMIDLER

Det er mange eksempler på hvordan forbruket vris fra legemidler som er utsatt for generisk konkurranse (eldre, billige) til legemidler med patentbeskyttelse (nye, dyre). Noen ganger er nye legemidler vesentlig bedre enn de eldre,

men andre ganger er forbedringene svært små. Vridningen av forbruket til nye og dyrere legemidler bidrar til en økning i legemiddelutgiftene uten at flere blir behandlet. Produsenten av legemidlet med utgått patentbeskyttelse finner det ikke lenger formålstjenlig å promotere overfor forskriverne, mens produsenten av det patenterte alternativet viderefører eller forsterker sin innsats. Det er også tilfeller der det ikke-patenterte og det patenterte legemidlet som ideelt sett burde konkurrere har samme produsent (eier). Produsenten vil naturlig ønske å promotere det legemidlet som fortsatt er patentert og derved ikke utsatt for generisk konkurranse, og kan beholde sin høye pris.

Det er tilsvarende eksempler på at ulike legemiddelformer, eksempelvis tablett og smeltetablett får ulik patentstatus. Produsenten vil som regel fremme omsetningen av den patenterte legemiddelformen, siden denne ikke vil være utsatt for generisk konkurranse. Dersom forbruket av dette legemidlet vris fra den billigere til den dyrere legemiddelformen vil vi eksempelvis kunne observere at legemidlet/virkestoffet har en reell nedgang i omsetningen målt i doser, mens omsetningen målt i kroner er stabilt.

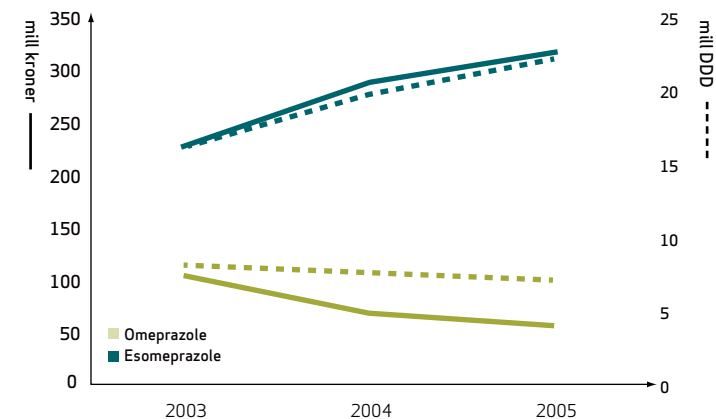


**PATENTUTLØP FOR LEGEMIDLER,
DER PRISEN GÅR KRAFTIG NED, OG
OM BRUKEN AV SLIKE BILLIGERE
LEGEMIDLER KAN ERSTATTE DYRERE
LEGEMIDLER**

Naturlig nok vil en prisreduksjon på et legemiddel uten at forbruket endres i vesentlig grad, bidra til en reduksjon i legemidlets omsetningsverdi. Det er imidlertid ofte slik at også forbruket av legemidlet som mister sin patentbeskyttelse reduseres. Som nevnt over kan dette skyldes at forbruket vris over til et nyere og ofte dyrere patentert legemiddel med samme eller tilsvarende effekt.

For å motvirke økte legemiddelutgifter for folketrygden som følge av en slik forbruksvridning, har myndighetene innført en ordning med foretrukket legemiddel. Gjennom denne ordningen fastsetter myndighetene hva som skal være førstevalg innenfor et terapiområde ved forskrivning på blå resept. Man vil normalt legge til grunn at bruksomfanget av myndighetenes foretrukne legemiddel vil øke, på bekostning av dyrere behandling. Dermed reduseres verdien av omsetningen innenfor "foretrukket legemiddel"-ordningen, selv om antall pasienter som behandles er uendret. Se bl.a. omtale under kapitlene 9 og 13 om statiner, og lavdose tiazider.





Figur 11.1 Omsetningsutvikling for et utvalg protonpumpehemmere 2003-2005 i kroner og DDD (mill kr og mill DDD)..

11. FORDØYELSESGRANER OG STOFFSKIFTE

ATC-GRUPPE A

Gruppen omfatter en rekke ulike legemidler som virker på fordøyelsesorganer og stoffskifte. Største undergruppe er legemidler mot magesår og spiserørsbetennelse (A02B) som omsatte for 576,9 millioner kroner

A02B MIDLER MOT ULCUS OG GASTRO-ØSOFAGEAL REFLUKSSYKDOM

Totalomsetningen av de to mest brukte legemidlene innenfor undergruppen er vist i figur 11.1. For Nexium (esomeprazol) følger antall DDD antall kroner, hvilket vitner om at prisen ikke har endret seg nevneverdig. I 2003

kostet esomeprazole kr 13,80 per DDD og omeprazole (Losec) kostet kr 12,80 per DDD.

I 2005 er tilsvarende 14 kr per DDD for førstnevnte og 8 kr per DDD (en reduksjon på 60 prosent) for sistnevnte. Omeprazole (Losec) fikk generisk konkurranse fra 1. september 2001. I perioden 2003 til 2005 er forbruket av omeprazole målt i DDD blitt redusert med 12,7 prosent, mens forbruket av esomeprazole (Nexium) i samme periode har økt med 36,4 prosent.

ATC-2. nivå		2005 mill kr	%-endring 2004-2005	2005 mill DDD	%-endring 2004-2005	DDD pr. 1000 innb./døgn 2005
A01	Munn og tannmidler	77,5	10,5	121,4	5,1	71,8
A02	Midler mot syrerelaterte lidelser	620,0	1,8	53,9	6,0	31,9
A03	Midler mot funksjonelle gastrointestinale lidelser	35,6	8,3	6,4	-0,6	3,8
A04	Antiemetika	62,3	-0,2	0,4	8,8	0,2
A05	Galle- og leverterapi	6,0	-3,0	0,4	9,3	0,2
A06	Laksantia	133,6	-7,8	38,9	-25,0	23,0
A07	Antidiarroika, tarmantiseptika og antiinflammatoriske midler	112,6	3,2	7,7	2,8	4,6
A08	Midler mot fedme, ekskl. diettpreparater	91,4	6,4	4,3	2,8	2,6
A09	Digestiva, inkl. enzymer	29,7	0,5	1,3	2,0	0,8
A10	Blodsukkersenkende midler	419,5	12,8	65,1	7,6	38,5
A11	Vitaminer	96,9	1,4	107,3	-3,6	63,5
A12	Mineralprodukter	63,5	20,9	18,2	7,4	10,8
A14	Anabole midler til systemisk bruk	0,9	-3,3	0,0	18,5	0,0
A16	Andre fordøyelses- og stoffskiftepreparater	79,4	43,1	0,0	55,0	0,0
Totalt		1 829,0	5,9	425,5	-0,4	251,7

Tabell 11.1 ATC-gruppe A – 2. nivå omsetning i kroner og DDD (mill kr og mill DDD)

A10 MIDLER TIL DIABETESBEHANDLING
Rundt 200 000 personer i Norge har diagnose diabetes mellitus. Av disse regnes 25 000 i gruppen type-I-diabetes også kalt insulinavhengig diabetes. Resten har type-II-diabetes og er i utgangspunktet ikke insulinavhengig¹. Det er 20-30 prosent av type-II-diagnoserte som vil ha behov for insulinbehandling².

I 2005 ble det omsatt legemidler mot diabetes for 419,5 millioner kroner samlet, en økning på 12,8 prosent sammenlignet med 2004. Omsetningen i DDD økte med 7,6 prosent, som skulle tilsi om lag 178 000 daglige brukere av legemidler mot diabetes. Tilsvarende vekst fra 2003 til 2004 var 9,2 prosent. Dette viser at stadig flere behandles for diabetes.

A10A INSULIN OG ANALOGER
Totalforbruket av insulin er relativt stabilt. Vanlig behandling er fast dosering av middels langtidsvirkende insulin (Humulin NPH, Insulin Insulatard og Insulin basal) og tillegg av hurtigvirkende i forbindelse med måltider. I 2003/2004 ble det lansert nye typer av langtidsvirkende insulinanaloger, insulin glargin og insulin detemir (Lantus og Levemir). Disse er anbefalt benyttet kun ved vanskelig regulerbar type-I-diabetes. De refunderes ikke under blåreseptforskriften § 9, men det kan søkes om refusjon på individuelt grunnlag jfr. blåreseptforskriften § 10a.

Tallmaterialet viser at Insulin aspart (NovoRapid) øker mest, og er mest brukt(ca 43,8 millioner kroner). De to nye insulinanalogene glargine (Lantus) og detemir (Levemir) øker i forbruk, og har en samlet omsetning på omlag 16 millioner kroner.

	ATC-5.nivå	Virkestoff	Merkenavn Eksempler	2005 mill kr	% endring 2004-2005
1	A02BC05	Esomeprazole	Nexium	314,7	10,1
2	A10AC01	Insulin(human)	Insulin Insulatard, Humulin NPH	129,3	1,8
3	A02BC03	Lansoprazole	Lanzo	87,4	-7,1
4	A02BC01	Omeprazole	Losec	58,0	-17,0
5	A04AA01	Ondansetron	Zofran	54,0	-2,4
6	A01AA01	Sodium fluoride	Flux, Fluorette, Xerodent	52,3	12,1
7	A10BB12	Glimepiride	Amaryl	47,2	19,8
8	A08AB01	Orlistat	Xenical	46,2	1,5
9	A08AA10	Sibutramine	Reductil	45,2	11,9
10	A10AB05	Insulin aspart	NovoRapid	43,8	23,9
11	A02BA02	Ranitidine	Zantac	41,9	-12,7
12	A11EA	Vitamin b-complex, plain	Diverse vitamin B preaparter	41,6	16,4
13	A07EC02	Mesalazine	Pentasa, Mesasal, Asacol	40,3	12,4
14	A10BA02	Metformin	Glucophage, Metformin	39,5	17,1
15	A10AB04	Insulin lispro	Humalog	36,5	3,5
16	A12AX	Calcium, combinations with other drugs	Div. kombinasjons- preparater med kalsium	35,6	17,8
17	A10AD05	Insulin aspart	NovoMix 30	29,4	77,7
18	A09AA02	Multienzymes (lipase, protease etc)	Combizym, Creon, Pancrease	29,0	0,5
19	A02BA53	Famotidine, combinations	Pepciduo	28,8	20,8
20	A07DA03	Loperamide	Imodium, Travello	28,1	-1,1
21	A02AD01	Ordinary salt combinations	Link, Novaluzid	27,9	0,2
22	A16AB03	Agalsidase alfa	Replagal	27,3	20,1
23	A11GA01	Ascorbic acid (vit c)	Diverse vitamin C-preparater	26,3	6,4
24	A10AB01	Insulin(human)	Insulin Actrapid	24,5	-8,7
25	A06AD11	Lactulose	Duphalac, Levolac	23,7	-41,3
Sum 25				1 358,4	4,6
Totalt A				1 829,0	5,9

Tabell 11.2 ATC-gruppe A – 25 mest omsatte virkestoffer rangert etter verdi (mill kr)

¹ Norges Diabetesforbund, www.diabetes.no
² Terapianbefaling: Bruk av langtidsvirkende insulinanaloger;
Statens legemiddelverk 07.12.2004

	ATC-5.nivå	Virkestoff	Merkenavn Eksempler	2005 mill DDD	% endring 2004- 2005	DDD pr. 1000 innb./døgn 2005
1	A01AA01	Sodium fluoride	Flux, Fluorette, Xerodent	113,9	5,4	67,3
2	A11GA01	Ascorbic acid (vit c)	Diverse vitamin C-preparater	57,7	4,8	34,1
3	A11EA	Vitamin b-complex, plain	Div. vitamin B preparater	39,6	-7,1	23,4
4	A02BC05	Esomeprazole	Nexium	22,5	13,6	13,3
5	A10BA02	Metformin	Glucophage, Metformin	16,0	13,2	9,5
6	A06AD11	Lactulose	Duphalac, Levolac	15,8	-43,9	9,4
7	A10BB12	Glimepiride	Amaryl	15,7	19,8	9,3
8	A10AC01	Insulin(human)	Insulin Insulatard, Humulin NPH	13,6	-2,3	8,1
9	A12AX	Calcium, combinations with other drugs	Div. kombinasjonspreparater med kalsium	12,2	13,7	7,2
10	A02BC03	Lansoprazole	Lanzo	9,3	7,4	5,5
11	A06AB02	Bisacodyl	Dulcolax, Toilax	8,2	-3,9	4,8
12	A11HA03	Tocopherol (vit e)	Div. vit. E preparater	7,7	-29,8	4,5
13	A01AB03	Chlorhexidine	Corsodyl	7,4	1,0	4,4
14	A02BC01	Omeprazole	Losec	7,2	-2,7	4,3
15	A06AB06	Senna glycosides	Pursennid, Senokot X-prep	6,9	-5,4	4,1
16	A02BA02	Ranitidine	Zantac	6,1	0,0	3,6
17	A03AX13	Silicones	Minifom, Siloxan	4,1	-3,1	2,4
18	A10AB05	Insulin aspart	NovoRapid	4,0	22,2	2,3
19	A10AB04	Insulin lispro	Humalog	3,3	-0,4	2,0
20	A06AB08	Sodium picosulfate	Laxoberal	3,1	17,9	1,8
21	A07EC02	Mesalazine	Pentasa, Mesasal, Asacol	2,8	5,7	1,6
22	A10AB01	Insulin(human)	Insulin Actrapid	2,7	-12,1	1,6
23	A10AD05	Insulin aspart	NovoMix 30	2,6	78,9	1,5
24	A08AA10	Sibutramine	Reductil	2,4	6,1	1,4
25	A06AC01	Ispaghula (psylla seeds)	Lunelax, Vi-Siblin	2,3	-10,9	1,3
Sum 25				387,0	-0,1	228,9
Totalt A				425,5	-0,4	251,7

Tabell 11.3 ATC-gruppe A – 25 mest omsatte virkestoffer rangert etter DDD (mill DDD)





12. BLOD OG BLODDANNENDE ORGANER

ATC-GRUPPE B

Denne gruppen domineres av blodfortynnende legemidler som omsatte for 397,4 millioner kroner i 2005, en økning på 11,4 prosent fra 2004.

B01A ANTITROMBOTISKE MIDLER

Innenfor denne har acetylsalicylsyre (Albyl-E) vært og er den største (95,6 millioner kroner).

Clopidogrel (Plavix), tatt inn på refusjonslisten 1. august 2004, har hatt en betydelig vekst både i kroner og DDD i 2005 (om lag 25 prosent). Den omsettes nå på samme nivå som acetylsalicylsyre (93,1 millioner kroner).

Vilkårene for refusjon av clopidogrel er begrenset til ni måneders behandling av personer med gjennomgått koronar intervensjon eller med ustabil angina eller akutt hjerteinfarkt. Warfarin (Marevan) har beholdt plassen som det nest mest brukte blodfortynnende legemiddel i 2005. I tillegg til disse ble dalteparin (Fragmin) og enoksaparin (Klexane) omsatt for 70 millioner kroner.

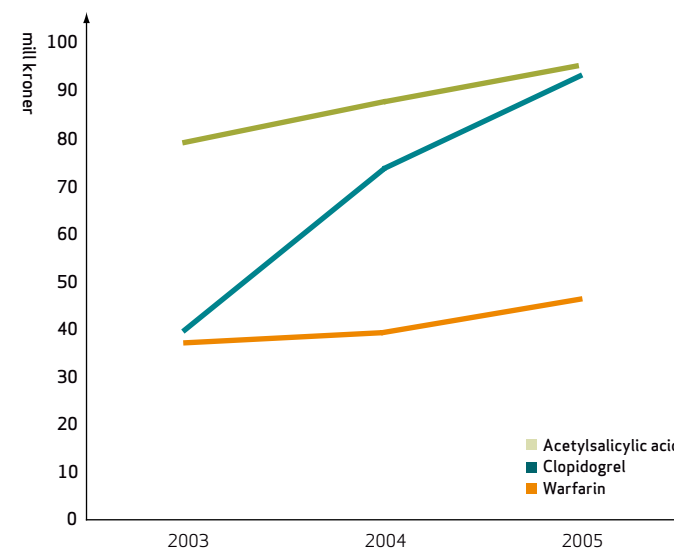
ATC-2.nivå		2005 mill kr	%-endring 2004- 2005	2005 mill DDD	%- endring 2004-2005	DDD pr. 1000 innb./døgn 2005
B01	Antitrombotiske midler	397,4	11,4	133,0	5,1	78,6
B02	Antihemoragika	97,8	23,3	0,3	4,2	0,2
B03	Midler mot anemi	161,5	10,1	63,3	2,0	37,4
B05	Blodsustitutter og infusjonsoppløsninger	66,5	13,6	-	-	-
B06	Andre hematologiske midler	1,5	28,4	-	-	-
Totalt		724,7	12,8	196,6	4,1	116,3

Tabell 12.1 ATC-gruppe B – 2. nivå omsetning i kroner og DDD (mill kr og mill DDD)

B03 MIDLER MOT ANEMI

I gruppen B03 er det henholdsvis darbepoetin alfa (Aranesp) med 64 millioner kroner og erythropoietin (Eprex, NeoRecormon) med

40,3 millioner kroner som er store. Dette er legemidler som brukes ved anemi ved kronisk nedsatt nyrefunksjon og etter kreftbehandling med kjemoterapi.



Figur 12.1 Omsetningsutvikling for et utvalg antitrombotiske midler 2003-2005 i kroner

	ATC- 5.nivå	Virkestoff	Merkenavn Eksempler	2005 mill kr	% endring 2004-2005
1	B01AC06	Acetylsalicylic acid	Albyl-E	95,6	8,2
2	B01AC04	Clopidogrel	Plavix	93,1	26,1
3	B03XA02	Darbepoetin alfa	Aranesp	64,0	52,1
4	B02BD02	Coagulation factor viii	Helixate, Kogenate, Recombinate	52,3	-3,9
5	B01AA03	Warfarin	Marevan	47,5	21,7
6	B03XA01	Erythropoietin	Epex, NeoRecor- mon	40,3	-18,4
7	B01AB04	Dalteparin	Fragmin	35,4	3,2
8	B01AB05	Enoxaparin	Klexane	35,2	13,2
9	B05BA10	Combinations	Diverse infusjons- løsninger	20,4	31,2
10	B03BB01	Folic acid	Folsyre, Nycoplus Folsyre	16,6	7,2
	Sum 10			500,6	12,8
Totalt B				724,7	12,8

Tabell 12.2 ATC-gruppe B – De ti mest omsatte virkestoffer rangert etter verdi (mill kr)

	ATC- 5.nivå	Virkestoff	Merkenavn Eksempler	2005 mill DDD	%- endring 2004- 2005	DDD pr. 1000 innb./døgn 2005
1	B01AC06	Acetylsalicylic acid	Albyl-E	101,9	4,6	60,3
2	B03BB01	Folic acid	Folsyre, Nycoplus Folsyre	26,1	6,6	15,4
3	B01AA03	Warfarin	Marevan	17,0	3,3	10,1
4	B03BA02	Cyanocobalamin tannin complex	Betolvex	11,8	1,3	7,0
5	B03AA07	Ferrous sulfate	Duroferon, Fer- romax, Nycoplus Ferro-Retard	11,2	-6,8	6,6
6	B03BA03	Hydroxocobalamin	Vitamin B-12 Depot	9,9	0,3	5,9
7	B01AC04	Clopidogrel	Plavix	4,8	23,0	2,9
8	B01AB05	Enoxaparin	Klexane	3,0	9,8	1,8
9	B01AC07	Dipyridamole	Persantin	2,8	8,2	1,6
10	B03BA01	Cyanocobalamin	Vitamin B-12	2,7	-0,2	1,6
	Sum 10			191,2	4,0	113,1
Totalt B				196,6	4,1	116,3

Tabell 12.3 ATC-gruppe B – De ti mest omsatte virkestoffer rangert etter DDD (mill DDD)



13. HJERTE OG KRETSLØP

ATC-GRUPPE C

Denne gruppen deles inn i to hovedkategorier: blodtrykksenkende (C02, C03, C07, C08 og C09) og serumlipidsenkende (C10).

C02 ANTIHYPERTENSIVA

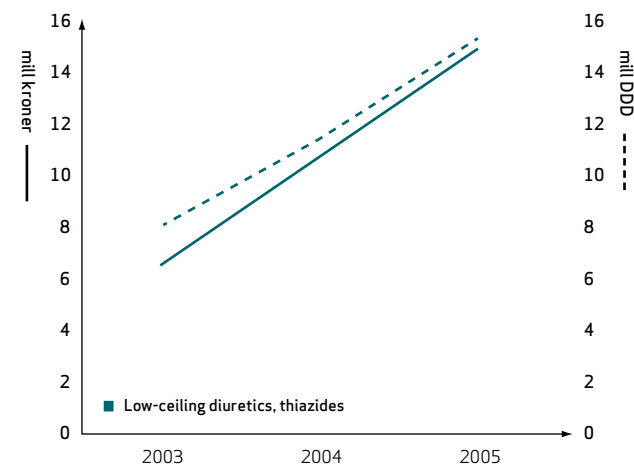
Legemidler i gruppen C02 Antihypertensiva benyttes stadig mindre. Dette skyldes at disse legemidlene ikke lenger kan forskrives på blå resept. Midlene er av eldre type, og er ikke lenger å regne som anbefalt behandling.

C03 DIURETIKA

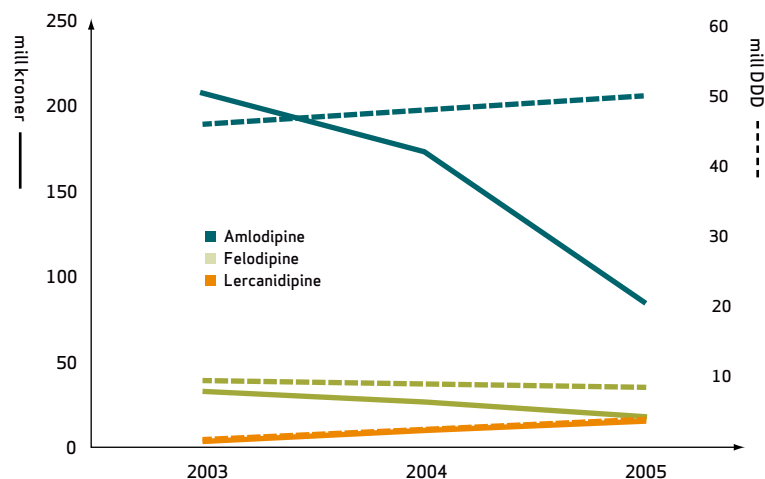
Fra 1. mars 2004 ble undergruppen tiazider innført som foretrukket legemiddel ved behandling av ukomplisert hypertensjon. Fra 2004 til 2005 økte salget av disse legemidlene med 41,9 prosent, mens det fra 2003 til 2004 økte med 64,4 prosent. Samtidig er det reduksjon i omsetning av de andre blodtrykksenkende midlene, mens antall DDD øker svakt. Dette tyder på at myndighetenes kriterier følges til en viss grad, men også at prisene på legemidler i andre grupper går ned.

ATC-2.nivå		2005 mill kr	% endring 2004-2005	2005 mill DDD	% endring 2004-2005	DDD pr. 1000 innb./døgn 2005
C01	Hjerteterapi	122,1	-2,0	32,4	-6,5	19,2
C02	Antihypertensiva	72,3	-1,2	8,1	-14,9	4,8
C03	Diuretika	81,4	7,2	77,9	4,5	46,1
C04	Perifere kardilaterende midler	3,6	-20,1	0,5	-12,2	0,3
C05	Vasoprotektiver	29,8	7,8	0,0	-	0,0
C07	Betablokkere	264,2	-2,3	66,9	1,4	39,5
C08	Kalsiumantagonister	202,2	-31,1	80,5	4,0	47,6
C09	Midler med virkning på renin-angiotensinsystemet	815,8	1,5	175,9	4,9	104,0
C10	Serumlipidsenkende	868,5	-14,6	215,7	14,9	127,6
Totalt		2 460,0	-8,6	657,8	6,4	389,1

Tabell 13.1 ATC-gruppe C – 2. nivå omsetning i kroner og DDD (mill kr og mill DDD)



Figur 13.1 Omsetningsutvikling for tiazider 2003-2005 i kroner og DDD (mill kr og mill DDD)



Figur 13.2 Omsetningsutvikling for et utvalg kalsiumantagonister 2003-2005 i kroner og DDD (mill kr og mill DDD)

CO8 KALSIUMANTAGONISTER

I denne gruppen er det en stor reduksjon i omsetningsverdi, mens antall brukte DDD øker svakt.

Amlodipin (Norvasc) har hatt en stor prisnedgang. Omsetning i kroner er halvert, mens antall brukte DDD er stabilt. Dette skyldes opphør av patentbeskyttelse, og konkurranse fra generiske legemidler fra september 2004. Felodipine (Plendil) har hatt utvikling i samme retning, men omsetningen totalt sett er lavere. Lercanidipin (Zanidip) har økt både i kroner og DDD, og den er uten generisk eller parallellimportkonkurranse i markedet.

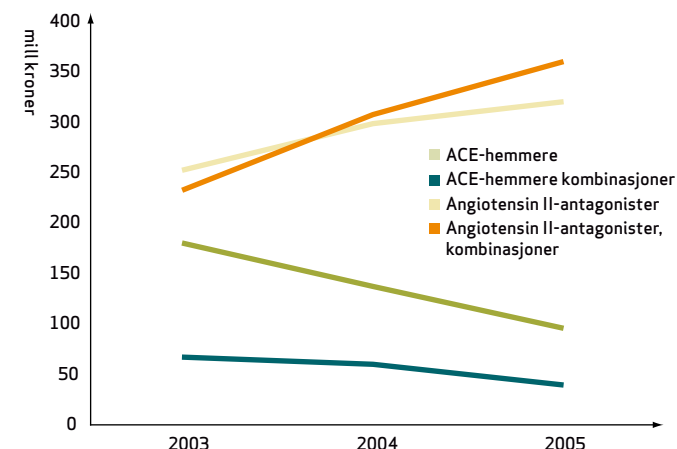
CO9 MIDLER SOM VIRKER PÅ RENIN-ANGIOTENSINSYSTEMET

Dette er den nest største gruppen innenfor legemidler for hjerte og kretsløp. Det ble omsatt for 815,8 millioner kroner i 2005. Angiotensin II-antagonister i kombinasjon med tiazid-diuretika er størst og øker mest. Omsetning av ACE-hemmere målt i kroner avtar mye mens antall DDD holder seg stabilt, noe som skyldes generisk konkurranse.

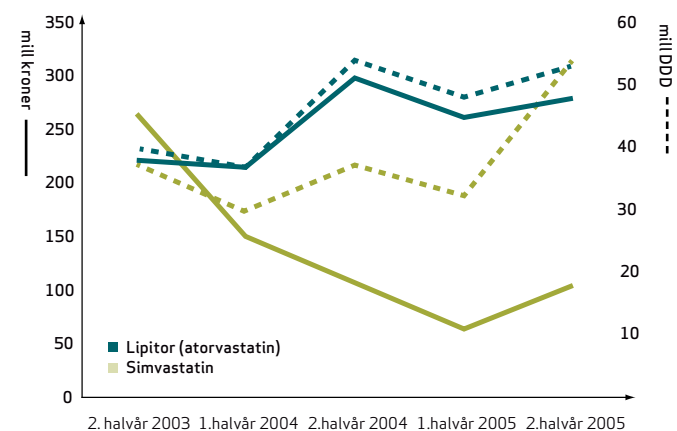
C10 SERUMLIPIDSENKENDE MIDLER

Det ble omsatt legemidler i denne gruppen for 868,5 millioner kroner. Det er en reduksjon i omsetning på 14,6 prosent, samtidig som antall brukte DDD øker med 14,9 prosent. Dette tilsvarer at 12,7 prosent av befolkningen (ca 590 000 personer) brukte et slikt middel hver dag i hele 2005, men det er kjent at det for flere statiner i stor grad brukes doser som overstiger den offisielle DDD.

Atorvastatin (Lipitor), som fortsatt har patentbeskyttelse, har tatt over simvastatins (Zocor) dominerende stilling og står for hoveddelen av omsetning i gruppen (548 millioner kroner). Dette er 5,4 prosent høyere enn 2004, mens forbrukt antall DDD er økt med 11,6 prosent. Simvastatin er nummer to, omsatt for 170 millioner kroner. Omsetningen av simvastatin ble redusert med 34,1 prosent, mens antall DDD økte med 29,6 prosent. Pravastatin (Pravachol), som er det tredje mest omsatte legemidlet i gruppen, hadde en reduksjon i omsetningen på 51 prosent i 2005.



Figur 13.3 Omsetningsutvikling for et utvalg midler som virker på renin-angiotensinsystemet 2003-2005 i kroner (mill kr)



Figur 13.4 Omsetningsutvikling for Lipitor (atorvastatin) og i kroner og DDD (mill kr og mill DDD)

Figur 13.4 viser utviklingen hvert halvår fra annet halvår 2003. Atorvastatin hadde en sterk økning fra høsten 2003 og gjennom 2004,

samtidig som simvastatin mistet sin patentbeskyttelse. Mens prisen for en dose for atorvastatin har holdt seg stabil på i overkant av 5 kr i perioden, er prisen på en dose simvastatin redusert fra kr 7,10 til kr 1,90. Fra 1. juni 2005 kom det nye regler som sier at simvastatin skal være foretruk-

ket legemiddel i gruppen ved forskrivning på blå resept, og kun ved tungtveiende medisinske grunner skal lege kunne forskrive noe annet¹.

Andre halvår 2005 er forbruket i DDD lik for de to preparatene, mens utgiftene til Lipitor (atorvastatin) er mer enn det dobbelte av simvastatin. Sistnevnte har økt mye, mens også Lipitor (atorvastatin) har en svak økning. Alt i alt har flere personer fått slik behandling, og de fleste har begynt med simvastatin.

¹ http://www.legemiddelverket.no/templates/InterPage_17687.aspx

	ATC-5. nivå	Virkestoff	Merkenavn Eksempler	2005 mill kr	% endring 2004- 2005
1	C10AA05	Atorvastatin	Lipitor	548,0	5,4
2	C07AB02	Metoprolol	Selo-Zok	187,2	13,6
3	C10AA01	Simvastatin	Zocor	170,4	-34,1
4	C09DA01	Losartan and diuretics	Cozaar Comp	165,8	10,2
5	C09CA01	Losartan	Cozaar	108,1	2,3
6	C09CA06	Candesartan	Atacand	94,1	17,8
7	C10AA03	Pravastatin	Pravachol	88,2	-51,0
8	C08CA01	Amlodipine	Norvasc	85,9	-50,4
9	C09DA04	Irbesartan and diuretics	CoAprovel	80,6	15,0
10	C09CA04	Irbesartan	Aprovel	67,0	3,7
11	C09DA06	Candesartan and diuretics	Atacand Plus	66,6	28,9
12	C09AA05	Ramipril	Triatec	45,0	-37,1
13	C09DA03	Valsartan and diuretics	Diovan comp	43,9	27,9
14	C09CA03	Valsartan	Diovan	43,9	4,1
15	C08CA05	Nifedipine	Adalat	43,5	-7,5
16	C01DA14	Isosorbide mononitrate	Imdur, Ismo, Monoket OD	43,4	2,7
17	C02CA04	Doxazosin	Carduran CR	37,8	-18,4
18	C03CA01	Furosemide	Diural, Furix	33,1	-3,4
19	C07AG02	Carvedilol	Kredex	26,0	-41,3
20	C09AA03	Lisinopril	Vivatec, Zestril	24,1	-19,6
21	C09BA02	Enalapril and diuretics	Renitec comp, Enalapril comp	22,4	-23,3
22	C02KX01	Bosentan	Tracleer	21,6	48,4
23	C10AA04	Fluvastatin	Canef, Lescol	21,2	0,8
24	C01DA02	Glyceryl trinitrate	Nitro-Dur, Nitromex, Minitran, mv	21,1	-13,2
25	C09AA02	Enalapril	Renitec	20,7	-27,7
Sum 25				2 109,6	-9,4
Totalt C				2 460,0	5,6

Tabell 13.2 ATC-gruppe C – 25 mest omsatte virkestoffer rangert etter verdi (mill kr)

	ATC-5. nivå	Virkestoff	Merkenavn Eksempler	2005 mill DDD	% endring 2004- 2005	DDD pr. 1000 innb./ døgn 2005
1	C10AA05	Atorvastatin	Lipitor	102,6	11,6	60,7
2	C10AA01	Simvastatin	Zocor	87,8	29,6	51,9
3	C08CA01	Amlodipine	Norvasc	49,0	3,6	29,0
4	C08CA01	Furosemide	Diural, Furix	37,3	-6,0	22,1
5	C07AB02	Metoprolol	Selo-Zok	37,2	9,1	22,0
6	C07AB02	Ramipril	Triatec	36,2	7,1	21,4
7	C09AA02	Enalapril	Renitec	19,6	-4,9	11,6
8	C09DA01	Losartan and diuretics	Cozaar Comp	19,5	4,7	11,5
9	C10AA03	Pravastatin	Pravachol	19,1	-12,8	11,3
10	C01DA14	Isosorbide mononitrate	Imdur, Ismo, Monoket OD	17,7	-6,7	10,5
11	C09CA06	Candesartan	Atacand	17,7	15,9	10,5
12	C07AB03	Atenolol	Tenormin	15,3	-14,9	9,1
13	C09CA01	Losartan	Cozaar	14,7	1,0	8,7
14	C09AA03	Lisinopril	Vivatec, Zestril	12,8	-5,8	7,6
15	C08CA05	Bumetanide	Burinex	11,8	20,6	7,0
16	C03EA01	Hydrochlorothiazide and potassium-sparing agents	Moduretic Mite, Normorix Mite	11,1	3,2	6,6
17	C09CA04	Irbesartan	Aprovel	10,0	2,2	5,9
18	C09CA04	Nifedipine	Adalat	10,0	5,0	5,9
19	C08CA02	Felodipine	Plendil	9,1	-2,1	5,4
20	C09DA06	Candesartan and diuretics	Atacand Plus	8,5	27,1	5,0
21	C03AA01	Bendroflumethiazide	Centyl	8,5	30,6	5,0
22	C09DA04	Irbesartan and diuretics	CoAprovel	8,2	13,7	4,8
23	C09CA03	Valsartan	Diovan	7,3	4,1	4,3
24	C09BA02	Enalapril and diuretics	Renitec comp, Enalapril comp	6,5	-0,2	3,9
25	C01AA04	Digitoxin	Digitoxin	6,2	-6,3	3,7
Sum 25				583,9	6,9	345,4
Totalt C				657,8	6,4	389,1

Tabell 13.3 ATC-gruppe C – 25 mest omsatte virkestoffer rangert etter DDD (mill DDD)



14. DERMATOLOGISKE MIDLER

ATC-GRUPPE D

Legemidler i gruppe D er hovedsaklig midler til bruk på huden ved eksem, infeksjoner og psoriasis. I tillegg kommer legemidler (tabletter) til systemisk bruk for de samme tilstandene.

Det er ikke store endringer i omsetningen av disse legemidlene fra 2004 til 2005. Det beregnes ikke DDD for dermatologiske midler, og slike verdier er derfor ikke med i tabellene.

Forbruket av legemidler til bruk på huden ved akne (undergruppe D10A) har økt med 12 prosent fra 2004 til 2005, og tilsvarende økning kunne observeres fra 2003 til 2004.

Den største gruppen (målt i kroner) er usammen-satte kortikosteroider. Dette er salver og kremer til bruk på huden ved psoriasis.

ATC-2. nivå		2005 mill kr	% endring 2004-2005
D01	Fungicider til dermatologisk bruk	101,4	0,4
D02	Bløtgjørende og hudbeskyttende midler	3,3	1,0
D03	Sårhelende midler	2,1	3,0
D04	Kløestillende, antihistaminer, anestetika	20,0	19,4
D05	Antipsoriatics	49,2	3,8
D06	Antibiotika og kjemoterapeutika, dermatologiske	36,1	-4,2
D07	Kortikosteroider til dermatologisk bruk	105,6	2,7
D08	Antiseptika og desinfiserende midler	50,8	1,9
D09	Medisinsk forbindingsmateriell	0,9	-1,6
D10	Midler mot akne	33,9	2,4
D11	Andre dermatologiske midler	26,9	7,4
Totalt		430,3	2,4

Tabell 14.1 ATC-gruppe D – 2. nivå omsetning i kroner (mill kr)

	ATC-5.nivå	Virkestoff	Merkenavn Eksempler	2005 mill kr	% endring 2004-2005
1	D01BA02	Terbinafine	Lamisil	31,3	-8,3
2	D08AC02	Chlorhexidine	Hibiscrub, Hibitane	25,1	4,0
3	D01AC01	Clotrimazole	Canesten, Klotrimazol	23,4	15,3
4	D05AX52	Calcipotriol, combinations	Daivobet	22,7	8,0
5	D07AA02	Hydrocortisone	Mildison, Hydrokortison	22,6	6,3
6	D10BA01	Isotretinoin	Roaccutan*	16,7	-6,0
7	D01AC08	Ketoconazole	Fungoral	16,2	5,0
8	D07AC13	Mometasone	Elocon	16,2	11,0
9	D05AX02	Calcipotriol	Daivonex	16,2	0,8
10	D06AX05	Bacitracin	Bacimycin	14,9	-0,3
Sum 10				205,2	2,8
Totalt D				430,3	2,4

* Selges på spesielt godkjenningssfritak.

Tabell 14.2 ATC-gruppe D – De ti mest omsatte virkestoffer rangert etter verdi (mill kr)



ATC-2. nivå		2005 mill kr	% end- ring 2004- 2005	2005 mill DDD	% end- ring 2004- 2005	DDD pr. 1000 innb./døgn 2005
G01	Antiinfektiva og antiseptika til gynekologisk bruk	45,7	8,7	2,1	-2,4	1,2
G02	Andre gynekologiske midler	59,4	6,1	3,5	-1,9	2,1
G03	Kjønns hormoner og midler med effekt på genitalia	397,1	5,4	137,5	-3,8	81,3
G04	Urologika	320,9	7,7	16,7	13,7	9,9
Totalt G		823,1	6,5	159,8	-2,2	94,5

Tabell 15.1 ATC-gruppe G – 2. nivå omsetning i kroner og DDD (mill kr og mill DDD)

15. UROGENITALSYSTEM OG KJØNNSHORMONER

ATC-GRUPPE G

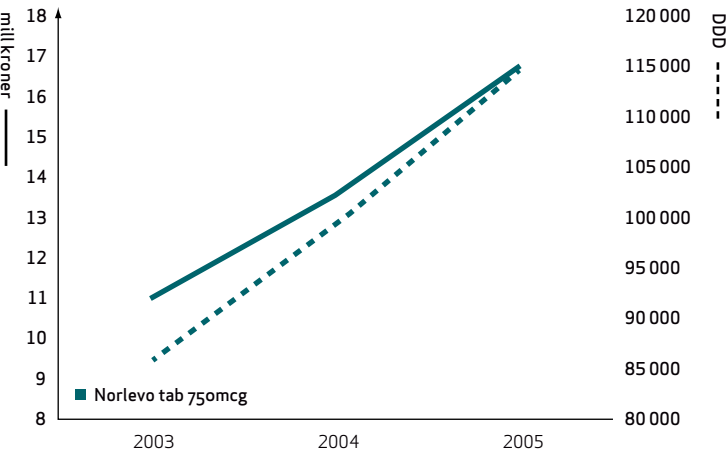
Den største undergruppen er prevensjonsmidler og midler til bruk ved klimakterieplager (G03) og midler til vannlatingsbesvær og ereksjonsforstyrrelser (G04).

G02B OG G03B ANTIKONSEPTIVA, LOKALE OG SYSTEMISKE

Prevensjonsmidlet NuvaRing (vaginalring) omsatte for 38 millioner kroner og økte med 7,6 prosent fra året før. Hormonspiralen Levonova ble omsatt for 18,8 millioner kroner.

Systemiske antikonseptiva (p-piller) er omsatt for 161 millioner kroner, og 51 DDD/1000 innb./døgn. Det tilsvarer ca 235 000 kvinner. Trinordiol og Trionetta brukes av flest, mens Yasmin er tredje mest brukt. Yasmin er størst målt i antall kroner.

Kvinner mellom 16 og 19 år får utgiftene til p-piller refundert av folketrygden. Det er ingen begrensning i hvilke legemidler som refunderes. Dette vil bli endret i løpet av 2006 (jf omtale i kapittel 6).



Tabell 15.1 ATC-gruppe G – 2. nivå omsetning i kroner og DDD (mill kr og mill DDD)

	ATC-5. nivå	Virkestoff	Merkenavn Eksempler	2005 mill kr	% end- ring 2004- 2005
1	G04BD07	Tolterodine	Detrusitol	119,0	-4,0
2	G04BE03	Sildenafil	Viagra	64,0	-6,5
3	G03AA12	Drospirenone and estrogen	Yasmin	51,7	13,8
4	G02BA03	Plastic iud with progestogens	Levonova livmor- innlegg	38,0	7,6
5	G01AF02	Clotrimazole	Canesten	37,6	10,0
6	G03AB03	Levonorgestrel and estrogen	Trinordiol, Trionetta	37,4	1,8
7	G04CA02	Tamsulosin	Omnice	35,9	26,4
8	G03FA01	Norethisterone and estrogen	Estalis	32,6	-15,8
9	G03GA06	Follitropin beta	Puregon	31,3	5,6
10	G03CA04	Estriol	Oestriol, Ovesterin	31,3	-4,0
Sum 10				478,8	1,1
Totalt G				823,1	6,5

Tabell 15.2 ATC-gruppe G – De ti mest omsatte virkestoffer rangert etter verdi (mill kr)

**G03AC03 NORLEVO OG POSTINOR
(ANGREPILLER)**

Angrepiller omsettes stadig mer. I 2005 ble det totalt (Norlevo og Postinor) omsatt 125146 DDD som tilsvarer det antall behandlinger med angrepiller som er solgt. Det er en samlet økning på 13150 DDD fra året før (11,4 prosent).

**G03C ØSTROGENER OG G03F
PROGESTOGENER OG ØSTROGENER I
KOMBINASJON**

Dette omfatter legemidler til bruk ved klimakterieplager. Begge gruppene har hatt en nedgang i forbruket (DDD). Men innenfor gruppen er det en omsetningsøkning på 17 prosent (i kroner) for østradioler, mens forbruket (DDD) er redusert med 3,6 prosent. Det er lansert flere nye legemiddelformer av østradioler,

som depotplaster og vaginalinnlegg/vaginaltabletter, som er dyrere enn tablettformen, og disse er ansvarlige for omsetningsøkningen i kroner i denne gruppen. Forbruket (DDD) av preparater med progesteron og østrogen i kombinasjon er redusert med 18,2 prosent.

Nedgangen i bruk må sees i sammenheng med de studiene som dokumenterte at hormonbehandling ikke hadde den beskyttende effekten til forebygging av hjerte/karsykdom man hadde ventet, og at behandlingen kunne øke risikoen for utviklingen av enkelte kreftformer. I tillegg har retningslinjene for bruk av østrogener til forebygging av osteoporose blitt endret, og hormoner er ikke så aktuell behandling som før¹.

	ATC-5. nivå	Virkestoff	Merkenavn Eksempler	2005 mill DDD	%-end- ring 2004- 2005	DDD pr. 1000 innb./ døgn 2005
1	G03AB03	Levonorgestrel and estrogen	Trinordiol, Trionetta	32,4	-6,9	19,1
2	G03AA12	Drospirenone and estrogen	Yasmin	19,3	5,3	11,4
3	G03CA04	Estriol	Oestriol, Ovesterin	13,1	-8,9	7,8
4	G03FA01	Norethisterone and estrogen	Estalis, Trisekvens	12,5	-19,2	7,4
5	G03AA07	Levonorgestrel and estrogen	Loette, Microgynon	9,2	24,4	5,5
6	G03CA03	Estradiol	Estraderm, Evorel, Prodynova	7,6	-3,5	4,5
7	G03AC06	Medroxyprogesterone	Depot-Provera	6,7	-12,4	3,9
8	G04BD07	Tolterodine	Detrusitol	6,6	-3,2	3,9
9	G03HB01	Cyproterone and estrogen	Diane	4,8	-0,9	2,8
10	G03AC09	Desogestrel	Marvelon	4,7	815,6	2,8
Sum 10				116,8	-1,0	69,1
Totalt G				159,8	-2,2	94,5

Tabell 15.3 ATC-gruppe G – De ti mest omsatte virkestoffer rangert etter DDD (mill DDD)

**G03G GONADOTROPINER OG ANDRE
OVULASJONSSTIMULERENDE MIDLER**
Det ble omsatt legemidler for å avhjelpe infertilitet for 55,1 millioner kroner i 2005. Dette er en liten nedgang fra året før (3,6 prosent).

G04 UROLOGIKA
Gruppen omfatter legemidlene tolterodine (Detrusitol) med indikasjonen urgeinkontinens (vannlatingsbesvær) som den største (119 millioner kroner) og sildenafil (Viagra) som brukes ved erektil dysfunksjon som nummer to med omsetning på 64 millioner kroner. Det ble solgt i underkant av 1,2 millioner doser sildenafil (Viagra) fra apotek.

¹ <http://www.legemiddelverket.no/upload/20004/Terapi-Osteoporose-Sept2004.pdf>

16. HORMONER TIL SYSTEMISK BRUK

ATC-GRUPPE H

H01 er den største undergruppen sett i omsatte kroner. Gruppen rommer kostbare hormonbehandling ved vekstforstyrrelser, kreftbehandling og annet. H02 kortikosteroider og H03 thyroideaterapi (brukt ved lavt stoffskifte) er størst når det gjelder antall DDD.

I gruppen H02 er det legemidlet prednison (18,1 millioner DDD), som har en rekke bruksområder, og for H03 er det legemidle-

neThyroxin-Natrium og Levaxin (levotyroxin-natrium) (34,2 millioner DDD) som er de dominerende solgte virkestoffene. Antallet omsatte DDD svarer til at det er om lag 2 prosent av befolkningen som kan behandles hver dag med en dose med levotyroxin-natrium, (20,3 DDD/1000 innb/døgn). Det er flest kvinner (82 prosent) som bruker dette legemidlet.

ATC-2.nivå		2005 mill kr	% end- ring 2004- 2005	2005 mill DDD	% end- ring 2004- 2005	DDD pr. 1000 innb./ døgn 2005
H01	Hypofyse-, hypothalamushormoner og analoger	252,9	10,2	2,9	0,3	1,7
H02	Kortikosteroider til systemisk bruk	65,0	7,0	27,0	3,9	16,0
H03	Thyreoideaterapi	52,0	7,9	35,7	3,3	21,1
H04	Pankreashormoner	4,3	0,8	0,0	1,0	0,0
H05	Kalsium homøostase	7,2	104,7	0,1	41,8	0,0
Totalt		381,3	10,2	65,6	3,4	38,8

Tabell 16.1 ATC-gruppe H – 2. nivå omsetning i kroner og DDD (mill kr og mill DDD)

	ATC-5. nivå	Virkestoff	Merkenavn Eksempler	2005 mill kr	% endring 2004-2005
1	H01AC01	Somatropin	Genotropin, Humatrope, Norditropin	141,8	128,4
2	H03AA01	Levothyroxine sodium	Levaxin	46,0	42,1
3	H01CB02	Octreotide	Sandostatin	45,2	40,5
4	H01BA02	Desmopressin	Minirin, Octostim	43,7	42,5
5	H02AB06	Prednisolone	Prednisolon	28,2	27,4
6	H01CA02	Nafarelin	Synarel	8,4	8,4
7	H02AB04	Methylprednisolone	Solu-Medrol, Depot- Medrol	8,3	6,9
8	H02AB08	Triamcinolone	Kenacort-T	7,6	6,4
9	H02AB01	Betamethasone	Celeston	6,6	5,3
10	H01CB03	Lanreotide	Ipstyl	6,2	3,4
Sum 10				342,0	311,2
Totalt H				381,3	346,1

Tabell 16.2 ATC-gruppe H – De ti mest omsatte virkestoffer rangert etter verdi (mill kr)

	ATC-5. nivå	Virkestoff	Merkenavn Eksempler	2005 mill DDD	% endring 2004- 2005	DDD pr. 1000 innb./døgn 2005
1	H03AA01	Levothyroxine sodium	Levaxin	34,2	3,4	20,3
2	H02AB06	Prednisolone	Prednisolon	18,1	3,9	10,7
3	H02AB01	Betamethasone	Celeston	3,6	4,3	2,2
4	H01BA02	Desmopressin	Minirin, Octostim	1,6	-3,5	0,9
5	H02AB04	Methylpredniso- lone	Solu-Medrol, Depot-Medrol	1,5	22,3	0,9
6	H02AB02	Dexamethasone	Decadron	1,4	-13,9	0,9
7	H02AB10	Cortisone	Cortison	1,0	2,3	0,6
8	H03BB01	Carbimazole	Neo-Mercazole	0,9	1,0	0,5
9	H01AC01	Somatropin	Genotropin, Huma- trope, Norditropin	0,6	8,3	0,3
10	H02AA02	Fludrocortisone	Florinef	0,5	5,5	0,3
Sum 10				63,5	3,4	37,6
Totalt H				65,6	3,4	38,8

Tabell 16.3 ATC-gruppe H – De ti mest omsatte virkestoffer rangert etter DDD (mill DDD)





ATC-2. nivå	Virkestoff	2005 mill kr	% end- ring 2004- 2005	2005 mill DDD	% endring 2004- 2005
J01	Antibakterielle midler til systemisk bruk	477,0	2,6	29,7	5,2
J02	Antimykotika til systemisk bruk	43,2	10,3	0,3	10,0
J04	Antimykobakterielle midler	2,9	15,0	0,3	2,0
J05	Antivirale midler til systemisk bruk	172,0	23,8	1,4	39,5
J06	Immunsera og immunoglobuliner	30,9	14,6	-	-
J07	Vaksiner	35,1	30,0	-	-
Totalt		761,0	8,8	31,7	6,4

Tabell 17.1 ATC-gruppe J – 2. nivå omsetning i kroner og DDD (mill kr og mill DDD)

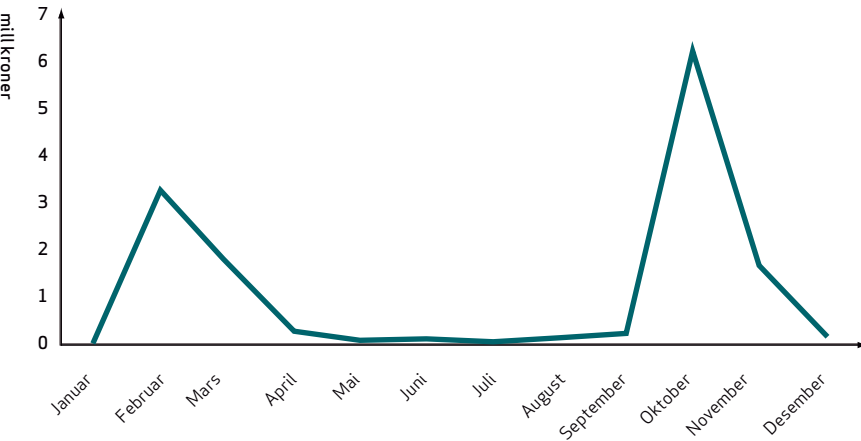
17. ANTIINFEKTIVA TIL SYSTEMISK BRUK

ATC-GRUPPE J

Forbruket av antiinfektiva er stort sett stabilt, men siste år har det vært en solid økning i antivirale midler (gruppe J05).

Gruppen inneholder blant annet legemidler til HIV-behandling. Dette er dyre legemidler, og det behandles stadig flere. Influsamidlet

oseltamivir (Tamiflu) ble siste år omsatt for 14,2 millioner kroner, en økning fra 340 000 kroner i 2004. Den kolossale økningen for Tamiflu kan ses i sammenheng med frykten for økt omfang av fugleinfluensa i verden, og verdens helsemyndigheters varsel om en pandemi.



Figur 17.1 Omsetningsutvikling for Tamiflu 2005 i kroner per måned

Figuren viser omsetning av Tamiflu i kroner, og viser at oktober alene sto for over 6 millioner kroner. I 2004 var månedsomsetningen i størrelsesorden 7000 til 85000 kroner.



J01 ANTIBAKTERIELLE MIDLER TIL SYSTEMISK BRUK

En nærmere studie av tallene for denne gruppen viser at omsetningen på 477 millioner kroner er likt delt mellom reseptkunder og forbruk for helseinstitusjoner (sykehus/sykehjem). Forbruket er stabilt over de siste tre årene for gruppen samlet

ATC-5 nivå	Virkestoff	2003	2004	2005
J01CE02	Phenoxymethylpenicillin	47,2	45,4	49,8
J01MA02	Ciprofloxacin	38,1	37,5	34,4
J01CA08	Pivmecillinam	27,8	31,0	36,5
J01FA01	Erythromycin	24,8	23,2	26,1
J01AA02	Doxycycline	24,4	21,9	23,2
J01DH02	Meropenem	20,7	22,6	26,0

Tabell 17.2 Omsetningsutvikling for et utvalg antibakterielle midler 2003-2005 i kroner (mill kr)

Fenoksymetylpenicillin (Apocillin og Weifapenin) er absolutt mest brukt. Dette er førstevalg ved behandling av vanlige infeksjoner i de øvre luftveiene.

	ATC-5 nivå	Virkestoff	Merkenavn Eksempler	2005 mill kr	% endring 2004-2005
1	J01CE02	Phenoxymethylpenicillin	Apocillin, Weifapenin	49,8	9,7
2	J01CA08	Pivmecillinam	Selexid	36,5	17,6
3	J01MA02	Ciprofloxacin	Ciproxin	34,5	-8,1
4	J05AF30	Combinations	Combivir, Trizivir	34,4	18,9
5	J01FA01	Erythromycin	Abboticin, Ery-Max	26,1	12,7
6	J01DH02	Meropenem	Meronem	26,0	15,4
7	J01AA02	Doxycycline	Dumoxin, Vibramycin	23,2	6,3
8	J01FF01	Clindamycin	Dalacin	19,3	12,6
9	J01FA10	Azithromycin	Azitromax	18,9	22,0
10	J01CA04	Amoxicillin	Imacillin, Amoxicillin	18,6	-1,1
	Sum 10			287,3	9,7
	Totalt J			761,0	8,8

Tabell 17.3 ATC-gruppe J – De ti mest omsatte virkestoffer rangert etter verdi (mill kr)

	ATC-5 nivå	Virkestoff	Merkenavn Eksempler	2005 mill DDD	% endring 2004-2005	DDD pr. 1000 innb./døgn 2005
1	J01CE02	Phenoxymethylpenicillin	Apocillin, Weifapenin	7,1	7,4	4,2
2	J01XX05	Methenamine	Hiprex	4,1	5,7	2,4
3	J01AA02	Doxycycline	Dumoxin, Vibramycin	3,1	4,2	1,8
4	J01CA08	Pivmecillinam	Selexid	2,1	4,5	1,3
5	J01FA01	Erythromycin	Abboticin, Ery-Max	1,9	10,2	1,1
6	J01CA04	Amoxicillin	Imacillin, Amoxicillin	1,7	10,0	1,0
7	J01EA01	Trimethoprim	Trimetoprim	1,2	-1,4	0,7
8	J01AA07	Tetracycline	Tetracyclin	1,1	3,6	0,6
9	J01MA02	Ciprofloxacin	Ciproxin	0,8	8,6	0,5
10	J01CF01	Dicloxacillin	Diclocil	0,7	-18,6	0,4
	Sum 10			23,8	5,3	14,1
	Totalt J			31,7	6,4	18,7

Tabell 17.4 ATC-gruppe J – De ti mest omsatte virkestoffer rangert etter DDD (mill DDD)



18. ANTINEOPLASTISKE OG IMMUNMODULERENDE MIDLER

ATC-GRUPPE L

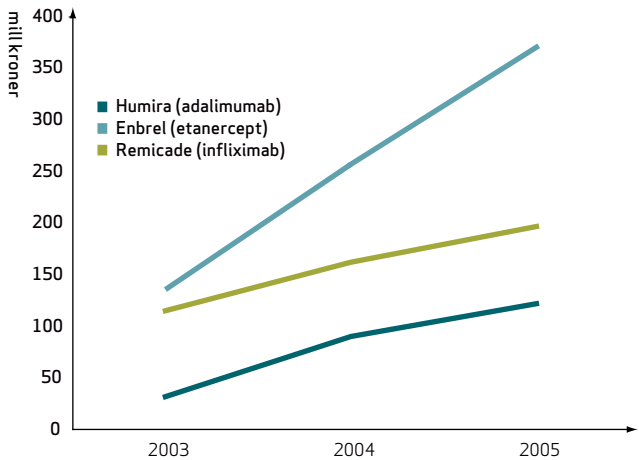
I gruppe L inngår mange dyre legemidler, og gruppen domineres av midler til kreftbehandling (L01) og midler ved leddgikt og lignende sykdommer (L04).

L04 IMMUNSUPPRESSIVE MIDLER
I L04 finnes de immunsuppressive legemidlene Enbrel (etanercept), Remicade (infliximab) og

Humira (adalimumab) som ble solgt for henholdsvis 370, 196,6 og 121,5 mill kroner i 2005. Disse benyttes ved leddgikt og lignende sykdommer. Remicade gis som infusjon, og settes derfor i hovedsak på sykehus eller poliklinikk, mens de to andre er injeksjoner som kan settes av pasienten selv. Ut i fra reseptstatistikken fremgår det at kvinneandelen av brukerne utgjør 62 prosent.

ATC-2.nivå		2005 mill kr	% endring 2004-2005	2005 mill DDD	% endring 2004-2005	DDD pr. 1000 innb./døgn 2005
L01	Antineoplastiske midler	521,6	31,8	0,6	8,9	0,4
L02	Endokrin terapi	302,3	16,0	8,3	8,3	4,9
L03	Immunstimulerende	283,2	9,3	1,4	10,4	0,8
L04	Immunsuppressive midler	902,8	28,5	8,4	13,4	5,0
Totalt		2 009,9	24,2	18,7	10,7	11,1

Tabell 18.1 ATC-gruppe L – 2. nivå omsetning i kroner og DDD (mill kr og mill DDD)



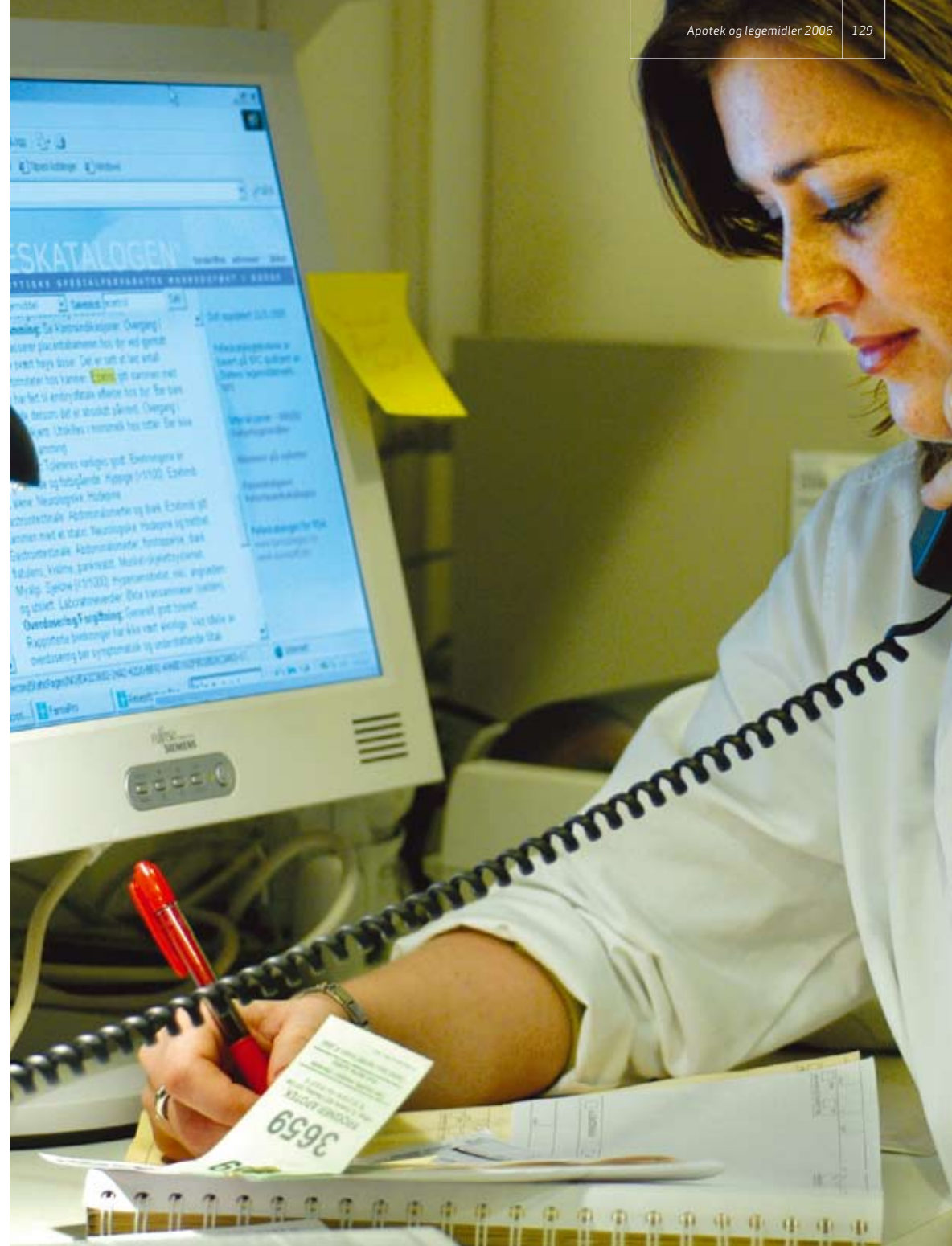
Figur 18.1 Omsetningsutvikling for et utvalg immunsuppressive legemidler i kroner (mill kr)

	ATC-5.nivå	Virkestoff	Merkenavn Eksempler	2005 mill kr	% endring 2004-2005
1	L04AA11	Etanercept	Enbrel	370,0	44,3
2	L04AA12	Infliximab	Remicade	196,6	21,5
3	L02BB03	Bicalutamide	Casodex	130,0	14,9
4	L04AA17	Adalimumab	Humira	121,5	35,2
5	L03AB07	Interferon beta-1a	Avonex, Rebif	120,5	13,3
6	L04AA01	Ciclosporin	Sandimmun	89,3	2,5
7	L01XC02	Rituximab	MabThera	65,5	26,8
8	L02AE03	Goserelin	Zoladex	61,3	6,5
9	L01XX28	Imatinib	Glivec	55,6	37,7
10	L01CD02	Docetaxel	Taxotere	51,3	84,9
	Sum 10			1 261,7	27,2
	Totalt L			2 009,9	24,2

Tabell 18.2 ATC-gruppe L – De ti mest omsatte virkestoffer rangert etter verdi (mill kr)

	ATC- 5.nivå	Virkestoff	Merkenavn Eksempler	2005 mill. DDD	% endring 2004- 2005	DDD pr. 1000 innb./døgn 2005
1	L04AX03	Methotrexate	Emthexat	3,4	12,9	2,0
2	L02BB03	Bicalutamide	Casodex	2,8	14,3	1,7
3	L02BA01	Tamoxifen	Nolvadex	1,9	-9,6	1,1
4	L02AE03	Goserelin	Zoladex	1,2	5,8	0,7
5	L04AX01	Azathioprine	Imurel	1,0	9,3	0,6
6	L02AE02	Leuprorelin	Enanton, Procren	1,0	2,9	0,6
7	L04AA12	Infliximab	Remicade	0,9	14,5	0,5
8	L04AA11	Etanercept	Enbrel	0,9	39,5	0,5
9	L03AB07	Interferon beta-1a	Avonex, Rebif	0,8	14,5	0,5
10	L04AA01	Ciclosporin	Sandimmun	0,8	-1,7	0,5
	Sum 10			14,9	8,6	8,8
	Totalt L			18,7	10,7	11,1

Tabell 18.3 ATC-gruppe L – De ti mest omsatte virkestoffer rangert etter DDD (mill DDD)



19. MUSKLER OG SKJELETT

ATC-GRUPPE M

Gruppen har to store undergrupper, midler mot betennelsestilstander i muskler og ledd og gikt sykdommer og midler til behandling av bensykdommer som osteoporose (benskjørhet) (M01).

M01A ANTIINFLAMMATORISKE OG ANTIREUMATISKE MIDLER

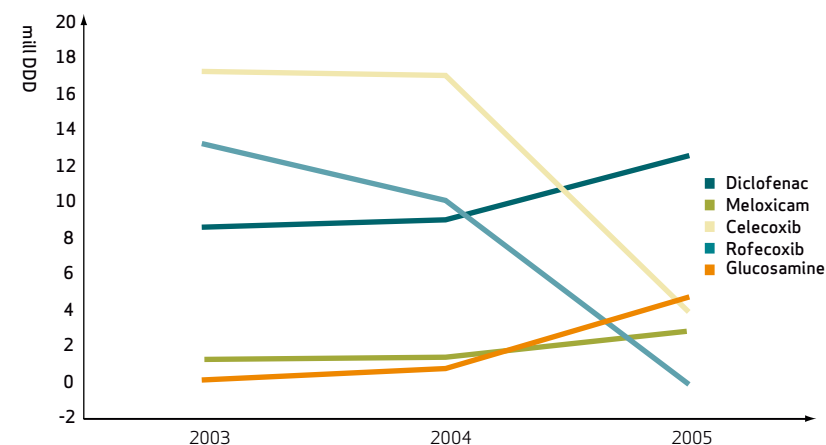
Det dreier seg om mye brukte legemidler til egenbehandling som ibuprofen (Ibux, Ibumetin) og legemidler til behandling av kroniske reumatiske lidelser. Det har skjedd store endringer i denne gruppen siste år. Legemiddelet Vioxx (rofecoxib) ble trukket fra markedet 1. oktober

2004 på grunn av studier som viser at Vioxx (rofecoxib) kunne føre til alvorlige hjerte- kar bivirkninger. Bextra (valdecoxib) ble midlertidig trukket fra markedet 7. april 2005 i påvente av sikkerhetsevaluering. Celebra (celecoxib) ble ikke lenger refundert etter § 9 i blåreseptforskriften fra 1. mai 2005.

Som gruppe har omsetningen av Cox-2-hemmere (refecoxib, celecoxib, valdecoxib, parecoxib og etoricoxib) falt fra 367,5 millioner kroner i 2004 til 60 millioner kroner i 2005.

ATC-2.nivå		2005 mill kr	% endring 2004- 2005	2005 mill DDD	% endring 2004- 2005	DDD pr. 1000 innb./ døgn 2005
M01	Antiinflammatoriske og antireumatiske midler	393,1	-37,5	67,7	-18,0	40,0
M02	Utvortes preparater ved muskel-/leddsmerter	37,8	25,7	0,0	-	-
M03	Muskelrelaxerende midler	90,7	7,2	5,0	-0,5	3,0
M04	Giktmidler	14,1	10,8	4,9	4,6	2,9
M05	Midler til behandling av bensykdommer	204,7	12,8	14,8	12,9	8,7
Totalt		740,4	-21,1	92,4	-12,3	54,6

Tabell 19.1 ATC-gruppe M – 2. nivå omsetning i kroner og DDD (mill kr og mill DDD)



Figur 19.1 Omsetningsutvikling for et utvalg antiinflammatoriske og antireumatiske midler 2003-2005 i DDD

Grafen viser endringene i brukte DDD for et utvalg legemidler innenfor denne undergruppen. Vioxx (rofecoxib) ble avregistrert og brukes derfor ikke i 2005. Celebra (celecoxib) har falt fra et forbruk på rundt 17 mill DDD (10,1 DDD/1000 innb/døgn som tilsvarer 46 000 pasienter) til 4 mill DDD (2,4 DDD/1000 innb/døgn som tilsvarer 11 000 pasienter). Samtidig har

salget av diclofenac og diclofenac i kombinasjoner (Voltaren, Modifenac og Arthrotec) og meloxicam (Mobic) økt betydelig:

Etter at Cox2-hemmerne ikke lenger er anbefalt, har et nytt legemiddel glucosamin (Gluxine, Movere, Samin) kommet på markedet. Dette lindrer symptomer ved mild og moderat artrose. Det

ble solgt fem ganger så mange DDD i 2005 sammenlignet med 2004. Det er flest kvinner blant brukerne (70,5 prosent), og brukerne tilhører i hovedsak de eldre årsklassene (78 prosent av total DDD i aldersgruppen 50 til 80 år).

Mer enn halvparten av omsetningen av ibuprofen foregår etter resept. Ibuprofen tillates også solgt utenom apotek. Det ble omsatt for 128,3 millioner kroner i 2005, en økning fra året før på 5,6 prosent. Dette kan ha sammenheng med reduksjonen i bruken av Cox-2-hemmerne, og at salgslekkasjen til dagligvarehandelen har stabilisert seg.

	ATC-5.nivå	Virkestoff	Merkenavn Eksempler	2005 mill.kr	%-endring 2004-2005
1	M05BA04	Alendronic acid	Fosamax	144,5	8,7
2	M01AE01	Ibuprofen	Ibux, Brufen, Ibumetin	128,3	5,6
3	M03BA02	Carisoprodol	Somadril	45,4	5,0
4	M01AB05	Diclofenac	Voltaren, Modifenac, Cataflam, Otriflu	42,0	6,0
5	M01AH01	Celecoxib	Celebra	39,8	-76,0
6	M01AC01	Piroxicam	Felden, Brexidol, Pirox	35,5	20,1
7	M01AE02	Naproxen	Naprosyn, Napren	31,8	10,2
8	M01AX05	Glucosamine	Gluxine, Movere, Samin	30,7	329,3
9	M05BA08	Zoledronic acid	Aclasta, Zometa	27,0	25,6
10	M01AH05	Etoricoxib	Arcoxia	24,1	-48,8
Sum 10				549,2	-13,9
Totalt M				740,4	-21,1

Tabell 19.2 ATC-gruppe M – De ti mest omsatte virkestoffer rangert etter verdi (mill kr)

M05 MIDLER TIL BEHANDLING AV BENSYKDOMMER
Bruksområdet for legemidler i denne gruppen er osteoporose. Denne gruppen omsatte for 204,7 mill. kroner i 2005, en økning fra 2004 på 12,8 prosent. Tilsvarende økning ses i antall DDD.

Alendronsyre (Fosamax) står alene for 144,5 millioner kroner, fulgt av zoledronsyre (Zometa) med 27 millioner kroner. Ut fra statistikken kan det tyde på at ca 40 000 personer i Norge bruker legemidler til behandling av osteoporose (8,7 DDD/1000 innb/døgn).

	ATC-5.nivå	Virkestoff	Merkenavn Eksempler	2005 Mill DDD	%-endring 2004-2005	DDD pr. 1000 innb./døgn 2005
1	M01AE01	Ibuprofen	Ibux, Brufen, Ibumetin	18,8	8,5	11,1
2	M05BA04	Alendronic acid	Fosamax	12,9	8,7	7,6
3	M01AB05	Diclofenac	Voltaren, Modifenac, Cataflam, Otriflu	12,6	39,0	7,4
4	M01AE02	Naproxen	Naprosyn, Napren	7,7	7,0	4,5
5	M01AC01	Piroxicam	Felden, Brexidol, Piro	7,5	23,2	4,4
6	M01AX05	Glucosamine	Gluxine, Movere, Sami	4,7	501,7	2,8
7	M04AA01	Allopurinol	Zyloric, Allopur, Arturic	4,3	4,0	2,5
8	M01AH01	Celecoxib	Celebra	4,0	-76,4	2,4
9	M03BA02	Carisoprodol	Somadril	3,7	-1,9	2,2
10	M01AC06	Meloxicam	Mobic	2,9	102,9	1,7
Sum 10				79,0	0,5	46,7
Totalt M				92,4	-12,3	54,6

Tabell 19.3 ATC-gruppe M – De ti mest omsatte virkestoffer rangert etter antall DDD (mill DDD)



20. NERVESYSTEMET

ATC-GRUPPE N

Gruppe N inneholder legemidler som virker på ulike deler av nervesystemet.

Gruppen inkluderer smertestillende, epilepsimidler, beroligende midler og sovemedisiner, midler mot psykoser, depresjoner, migrene og midler til bruk ved ADHD og demens. Gruppe N er den største ATC-hovedgruppen med en omsetning på 3307,9 millioner kroner.

N02 ANALGETIKA

Før analgetika er det i legemiddelgruppen opioider det har forekommet økt omsetning, både i kroner og DDD. Dette skyldes legemidlene OxyContin og OxyNorm (oxycodon) som begge er mye brukt i smertelindring ved alvorlige lidelser.

Endringen i omsetningen av paracetamol fra 2004 til 2005 er ikke vesentlig (1,4 prosent reduksjon). Det ser ut til at trenden fra forrige år har avtatt, der omsetningsreduksjonen var på 25,6 prosent.

N03 ANTIEPILEPTIKA

Omsetning av antiepileptika har økt i kroner med 19,5 prosent fra forrige år. Antall DDD har økt med 8,6 prosent. Dette skyldes i hovedsak legemidlet Lyrica (pregabalin). Lyrica fikk markedsføringstillatelse i juni 2004 som antiepileptikum, men har også med indikasjon perifer neuropatisk smerte (trigeminusneuralgi, diabetesneuralgi, nervesmerter og lignende) hos voksne. Salget av Lyrica økte fra 2,2 millioner kroner og 68 692 DDD i 2004 til 28,2 millioner kroner og 900 460 DDD i 2005.

ATC-2.nivå		2005 mill kr	% endring 2004- 2005	2005 mill DDD	% endring 2004- 2005	DDD pr. 1000 innb./ døgn 2005
N01	Anestetika	118,7	3,7	0,1	3,1	0,1
N02	Analgetika	928,7	4,9	76,1	1,4	45,0
N03	Antiepileptika	325,5	19,5	16,8	8,6	10,0
N04	Antiparkinsonmidler	97,0	10,4	5,0	-2,6	2,9
N05	Psykoaleptika	706,9	5,3	121,6	4,3	71,9
N06	Psykoanaleptika	847,6	-7,0	96,7	0,8	57,2
N07	Andre midler med virkning på nervesystemet	283,5	49,6	11,0	47,1	6,5
Totalt		3 307,9	5,6	327,4	3,7	193,7

Tabell 20.1 ATC-gruppe N – 2. nivå omsetning i kroner og DDD (mill kr og mill DDD)

ATC-3.nivå		2005 mill kr	% endring 2004- 2005	2005 mill DDD	% endring 2004- 2005	DDD pr. 1000 innb./døgn 2005
N02A	Opioider	362,7	10,7	32,5	2,7	19,2
N02B	Andre analgetika og antipyretika	274,2	-2,6	38,3	0,0	22,6
N02C	Migrenemidler	291,8	5,6	5,4	4,3	3,2

Tabell 20.2 Omsetning av analgetika i kroner og DDD (mill kr og mill DDD)

N05 PSYKOLEPTIKA

I denne gruppen finner vi legemiddelgruppene Antipsykotika (N05A), Anxiolytika (N05B) og hypnotika og sedativa (N05C). Disse er stabile grupper med liten endring i omsetning og bruk. I gruppen Antipsykotika var det en utvikling mot nye og dyrere midler fra 2003 til 2004, men dette har stabilisert seg i 2005. Det mest brukte antipsykotiske middelet er Zyprexa (olanzapine). Det ble omsatt 2,6 DDD/1000 innbyggere/døgn, som tilsvarer at om lag 12 000 personer i 2005 kan bruke en dose daglig.

N05 PSYKOANALEPTIKA

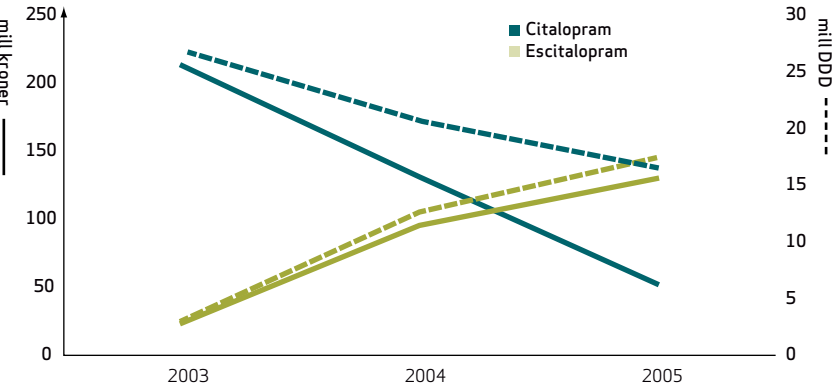
ATC-3.nivå		2005 mill kr	% endring 2004- 2005	2005 mill DDD	% endring 2004- 2005	DDD pr. 1000 innb./døgn 2005
N06A	Antidepressiva	573,0	-16,2	85,6	-1,2	50,7
N06B	Psykostimulantia, midler ved ADHD og nootropika	118,9	50,9	6,1	36,8	3,6
N06D	Midler mot demens	155,7	4,3	5,0	5,0	3,0

Tabell 20.3 Omsetning av psykoanaleptika i kroner og DDD (mill kr og mill DDD)

N06A ANTIDEPRESSIVA

Det har vært en tilbakegang i bruk av anti-depressive legemidler både i kroner og doser. Tilbakegangen har vært større i kroner enn i DDD, hvilket viser at legemidlene totalt sett har blitt rimeligere. Samtidig endres bruken fra de selektive seretonin reopptakshemmerne (SSRI) som har vært på markedet en del år til nylanseringer som escitalopram

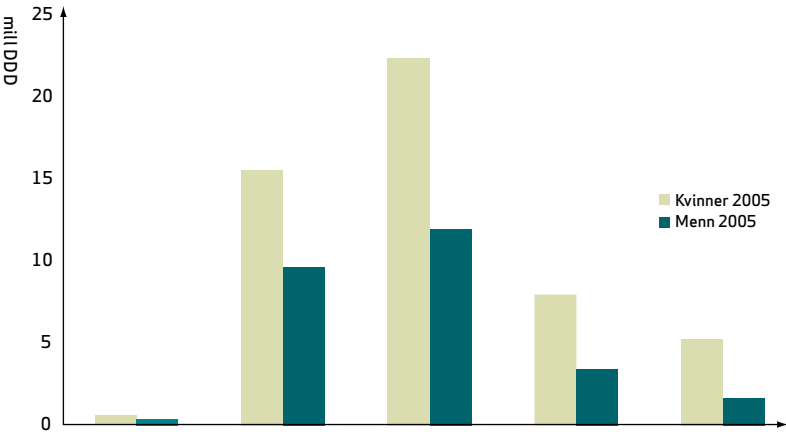
(Ciprallex), mirtazapine (Remeron) og venlafaxine (Efexor). Ciprallex er en videreutvikling av citalopram, og ble lansert da patentet på citalopram gikk ut. Det er omtrent 5 prosent av den norske befolkning som bruker antidepressive midler (50,7 DDD/1000 innb./døgn). Av disse er det 67 prosent som bruker en SSRI. Dette skulle tilsi at det er omtrent 157 000 personer som bruker slike midler.



Figur 20.1 Omsetningsutvikling for Ciprallex (escitalopram) og citalopram 2003-2005 i kroner og DDD (mill kr og mill DDD)

Figur 20.1 viser at omsetningen for citalopram (Cipramil) har blitt kraftig redusert i perioden, mens omsetningen for Cipraldex (escitalopram) har hatt en tilsvarende økning. For citalopram avtar omsetningen målt i kroner langt mer enn

DDD, dette viser at legemiddelet blir billigere. Denne trenden ses også for paroxetin (Seroxat) og sertraline (Zoloft). Disse har nylig mistet sin patentbeskyttelse og blitt utsatt for konkurranse fra generika. For escitalopram (Ciprallex)



Figur 20.2 Omsetningsutvikling selektive seretonin reopptakshemmere (SSRI) 2005 i DDD fordelt på alder og kjønn

er økningen i kroner noe mindre enn i DDD. Dette betyr at hver dose koster noe mindre, og skyldes myndighetenes prisrevisjon.

Tallgrunnlaget i figur 20.2 baserer seg på salg til enkeltpersoner. Salg til pasienter på sykehjem og sykehus kommer ikke fram fordi det ikke registreres hvilke pasienter (menn/kvinner) ved institusjonen som skal ha middelet. Diagrammet viser også stor forskjell i behandling av menn og kvinner. For alle aldersgrupper er det omtrent halvparten så mange menn som kvinner, med unntak av gruppen 20-44 år hvor andelen menn noe høyere.

N06B PSYKOSTIMULANTIA, MIDLER VED ADHD OG NOOTROPIKA
Salget av legemidler i denne gruppen øker raskt både i kroner og doser. Forbrukstallene tilsier at det kan være 0,34 prosent av Norges befolkning (15 700 personer) som bruker en daglig dose av legemidler i denne gruppen, i 2004 var det tilsvarende 0,25 prosent av Norges befolkning (11 600 personer). I 2005 var tre fjerdedeler av brukerne gutter. Blant kvinnene var det i

2005 flest i aldersgruppen over 19 år som fikk behandling, 38 prosent mot 34 prosent året før. Blant menn er det gutter i alderen 10-14 år som bruker mest: 41 prosent. Det er ikke store endringer siden forrige år.

De mest brukte legemidlene er Ritalin og Concerta, som begge inneholder metylfenidat. Concerta doseres en gang daglig, mens Ritalin må gis i flere doser. Omsetningen av metylfenidat har økt betydelig, både målt i kroner (31 prosent) og i DDD (32 prosent), fra 2004.

N07B MIDLER MOT AVHENGIGHETS-LIDELSEN
Den sterke veksten for metadon har sammenheng med at det er flere personer som inkluderes i LAR (legemiddellassisteret rehabilitering), samt at apotekenes vareregister er blitt bedre tilrettelagt for å registrere apotekproduserte metadonmiksturer.

	ATC- 5.nivå	Virkestoff	Merkenavn Eksempler	2005 mill kr	% endring 2004-2005
1	N02BE01	Paracetamol	Paracet, Panodil, Pamol, Pinex	227,8	-1,4
2	N05AH03	Olanzapine	Zyprexa	197,9	-0,2
3	N02CC01	Sumatriptan	Imigran	152,2	7,1
4	N02AA59	Codeine, comb. excl. psycholeptics	Paralgin forte, Pinex forte	151,7	5,2
5	N07BA01	Nicotine	Nicorette, Nicotinell	136,0	5,3
6	N06AB10	Escitalopram	Ciprallex	130,0	36,1
7	N06AX16	Venlafaxine	Efexor	124,3	13,6
8	N03AX09	Lamotrigine	Lamictal	123,6	26,8
9	N06DA02	Donepezil	Aricept	111,8	1,7
10	N06AB06	Sertraline	Zoloft	97,1	-14,4
11	N07BC02	Methadone	Metadon	88,0	613,0
12	N06BA04	Methylphenidate	Concerta, Ritalin	81,7	31,0
13	N05CF01	Zopiclone	Imovane	81,3	-6,4
14	N05AX08	Risperidone	Risperdal	73,3	11,1
15	N05AH04	Quetiapine	Seroquel	61,9	30,1
16	N02AB03	Fentanyl	Durogesic, Actiq	61,5	11,9
17	N05BA01	Diazepam	Valium, Vival, Stesolid	53,4	-0,1
18	N06AB04	Citalopram	Cipramil, Desital	52,7	-59,8
19	N06AX11	Mirtazapine	Remeron	52,3	-28,0
20	N02CC04	Rizatriptan	Maxalt	51,5	8,4
21	N02AA05	Oxycodone	OxyContin, OxyNorm	48,6	47,7
22	N03AX12	Gabapentin	Neurontin	46,5	-13,8
23	N06AB05	Paroxetine	Seroxat	41,1	-46,8
24	N02CC03	Zolmitriptan	Zomig	38,5	-1,9
25	N05BA04	Oxazepam	Alopam, Sobril	36,7	7,0
Sum 25				2 321,6	3,5
Totalt N				3 307,9	5,6

Tabell 20.4 ATC-gruppe N – 25 mest omsatte virkestoffer rangert etter verdi (mill kr)

	ATC-5.nivå	Virkestoff	Merkenavn	2005 mill DDD	% endring 2004- 2005	DDD pr. 1000 innb./døgn 2005
1	N05CF01	Zopiclone	Imovane	49,0	7,7	29,0
2	N02BE01	Paracetamol	Paracet, Panodil, Pamol, Pinex	32,8	2,0	19,4
3	N02AA59	Codeine, comb. excl. psycholeptics	Paralgin forte, Pinex forte	21,4	0,8	12,7
4	N05BA01	Diazepam	Valium, Vival, Stesolid	17,9	-1,4	10,6
5	N06AB10	Escitalopram	Ciprallex	17,4	37,8	10,3
6	N06AB04	Citalopram	Cipramil, Desital	16,6	-19,9	9,8
7	N06AB06	Sertraline	Zoloft	12,0	-8,9	7,1
8	N05BA04	Oxazepam	Alopam, Sobril	11,4	5,2	6,7
9	N05CD02	Nitrazepam	Mogadon, Apodorm	9,9	-0,4	5,9
10	N06AX16	Venlafaxine	Efexor	9,6	11,3	5,7
11	N06AB05	Paroxetine	Seroxat	8,4	-13,7	5,0
12	N06AX11	Mirtazapine	Remeron	6,5	5,1	3,9
13	N06BA04	Methylphenidate	Concerta, Ritalin	5,3	32,8	3,2
14	N05CF02	Zolpidem	Stilnoct	5,2	18,7	3,1
15	N07BA01	Nicotine	Nicorette, Nicotinell	5,0	1,2	2,9
16	N06AX03	Mianserin	Tolvon	4,7	-3,0	2,8
17	N02BB51	Phenazone, combinations excl psycholeptics	Antineuralgica, Fanalgin, Fenazon- Koffein	4,6	-9,7	2,7
18	N05AH03	Olanzapine	Zyprexa	4,5	-0,9	2,6
19	N05BA12	Alprazolam	Xanor	4,1	7,6	2,4
20	N06AA09	Amitriptyline	Sarotex	3,8	0,6	2,3
21	N07BC02	Methadone	Metadon	3,8	561,3	2,3
22	N05CD03	Flunitrazepam	Flunipam	3,8	-12,6	2,2
23	N06DA02	Donepezil	Aricept	3,7	1,9	2,2
24	N03AF01	Carbamazepine	Tegretol, Trimonil	3,6	-5,6	2,1
25	N06AB03	Fluoxetine	Fontex	3,1	-5,4	1,8
Sum 25				268,0	3,2	158,5
Totalt N				327,4	3,7	193,7

Tabell 20.5 ATC-gruppe N – 25 mest omsatte virkestoffer rangert etter DDD (mill DDD)



21. ANTIPARASITÆRE MIDLER, INSEKTICIDER OG INSEKTSMIDLER

ATC-GRUPPE P

En relativ stor andel av salget av legemidlene i denne gruppen målt i kroner skjer gjennom reseptfritt salg (40 prosent).

Gruppen P01 Protozomidler står for den største del av omsetningen. Her inngår legemidler til behandling av amøbe- og andre protozoosykdommer som metronidazol (P01A) (Flagyl) og diverse malariamidler (P01B).

Om lag 2300 personer kjøpte legemidler til antimalariabehandling i 2005, hvilket utgjorde 23,6 millioner kroner.

P03A EKTOPARASITTMIDLER, INKL. SKABB MIDLER

Det ble omsatt malationmidler (Malation og Prioderm, P03AX03) til bruk for lusbehandling for 14,0 millioner kroner. Dette er en økning fra forrige år på 30,9 prosent. Salget av permethrin (Nix), som brukes både mot skabb og lus, er stabilt på 3,4 millioner kroner.

ATC-2.nivå		2005 mill kr	% endring 2004-2005	2005 mill DDD	% endring 2004-2005
P01	Protozomidler (bl.a. malariamidler)	31,0	15,1	1,2	-1,8
P02	Anthelmintika (ormmidler)	3,8	7,5	0,2	2,7
P03	Ektoparasittmidler (skabb og lus)	17,5	23,3	-	-
Totalt		52,3	17,1	1,4	-1,2

Tabell 21.1 ATC-gruppe P – 2. nivå omsetning i kroner og DDD (mill kr og mill DDD)

	ATC-5. nivå	Virkestoff	Merkenavn Eksempler	2005 mill kr	% endring 2004-2005
1	P01BB51	Proguanil, combina- tions	Malarone	17,6	29,1
2	P03AX03	Malathion	Prioderm	14,0	30,9
3	P01AB01	Metronidazole	Flagyl	7,1	0,4
4	P03AC04	Permethrin	Nix	3,4	-0,2
5	P02CA01	Mebendazole	Vermox	3,2	17,9
6	P01BA02	Hydroxychloroquine	Plaquenil	2,8	0,4
7	P01BC02	Mefloquine	Lariam	2,3	2,4
8	P01BA01	Chloroquine	Klorokinfosfat	0,4	-6,8
9	P02CX01	Pyriminium	Vanquin	0,4	-34,6
10	P01BC01	Quinine	Kinin	0,2	15,1
	Sum 10			51,5	15,3
	Totalt P			52,3	19,2

Tabell 21.2 ATC-gruppe P – De ti mest omsatte virkestoffer rangert etter verdi (mill kr)



22. RESPIRASJONS- ORGANER

ATC-GRUPPE R

Gruppen omfatter legemidler til bruk ved astma og annen obstruktiv lungesykdom, og legemidler mot allergier.

R03 MIDLER VED OBSTRUKTIV LUNGE- SYKDOM

Midler til bruk ved obstruktiv astma og annen lungesykdom er den største undergruppen. I følge Norges Astma -og Allergiforbund forekommer astma hos 10 – 12 prosent av norske barn og unge, og hos ca. 8 prosent av voksne. Det har vært jevn økning i forekomsten av astma de siste 40 årene¹. Forbrukstallene tilsier at så mange som 6 prosent av befolkningen, 280 000 personer, behandles daglig med en dose med legemidler fra denne gruppen.

ATC 2.nivå		2005 mill kr	% endring 2004- 2005	2005 mill DDD	% endring 2004- 2005	DDD pr. 1000 innb./døgn 2005
R01	Rhinologika	238,6	-5,7	56,4	-5,8	33,4
R03	Midler ved obstruktiv lungesykdom	1 045,3	5,0	101,5	0,8	60,0
R05	Hoste og forkjølelsesmidler	145,7	8,9	18,1	7,3	10,7
R06	Antihistaminer til systemisk bruk	290,5	1,2	90,5	5,8	53,5
R07	Andre preparater med virkning på respirasjonssystemet	4,0	-14,7	-	-	-
Totalt		1 724,2	3,0	266,5	1,3	157,7

Tabell 22.1 ATC-gruppe R – 2. nivå omsetning i kroner og DDD (mill kr og mill DDD)

Det er legemidlene Seretide (salmeterol og flutikason) og Symbicort og Symbicort forte (formoterol og budesonid) som står for størst omsetning og størst økning sett både i kroner og DDD. Dette er midler med kombinasjon av selektive beta2-agonister og glukokortikoider. Disse legemidlene refunderes på blå resept til behandling av astma, men det refunderes ikke når legemidlene skrives ut til pasienter med

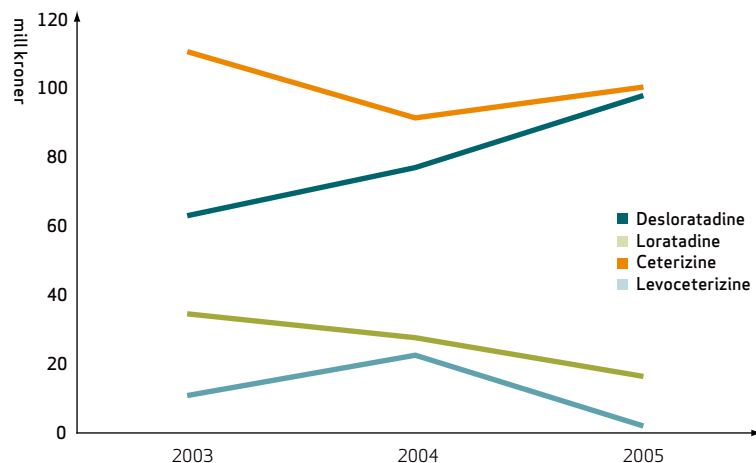
diagnosen KOLS (kronisk obstruktiv lungesykdom)². Sistnevnte gruppe kan søke trygdeetten om individuell refusjon etter blåreseptforskriften § 10a. Likevel sees en klar forskyvning mot bruk av denne kombinasjonsbehandlingen ved KOLS. Både salget i kroner og forbruket i DDD går tilbake med 3,2 prosent.

ATC-5.nivå	Virkestoff	2005 mill kr	% endring 2004-2005	2005 mill DDD	% endring 2004-2005
R03AC02	Salbutamol	90,8	2,5	17,5	2,1
R03AC03	Terbutaline	24,0	-7,1	7,4	-8,2
R03AC12	Salmeterol	20,0	-12,7	1,9	-13,9
R03AC13	Formoterol	29,3	-9,0	2,8	-11,5
R03AK06	Salmeterol og fluticason	351,2	6,3	20,2	6,2
R03AK07	Formoterol og budesonid	188,0	10,7	10,5	12,8

Tabell 22.2 Omsetning av et utvalg legemidler til behandling av obstruktiv lungesykdom i kroner og DDD (mill kr og mill DDD)

¹ Norges Astma -og Allergiforbund, <http://www.naaf.no/fakta/index.jsp?id=186>

² Se: http://www.legemiddelverket.no/templates/InterPage__18199.aspx



Figur 22.1 Omsetningsutvikling for et utvalg antihistaminer 2003-2005 i kroner

Det eneste legemidlet som viser økning i salget i kroner og doser er det antikolinerge middelet Spiriva (tiotropiumbromid) som har vedlikholds- behandling av KOLS som eneste indikasjon. Dette legemiddelet ble alene omsatt for 46,9 millioner kroner i 2005.

Singulair (montelukast) er det legemidlet som har høyest omsetning og størst vekst. Fra 2003 til 2004 økte omsetningen med 20 prosent, fra 2004 til 2005 med nye 24,2 prosent (omsetning på 84,6 millioner kroner). Legemiddelet refunderes på blå resept kun for diagnosen astma.

R06 ANTIHISTAMINER TIL SYSTEMISK BRUK

Antihistaminer til systemisk bruk (i hovedsak tabletter og miksturer brukt for pollenallergi) ble solgt for 290,5 millioner kroner i 2005,

omtrent tilsvarende som året før. Desloratadin (Aerius), loratadin (Clarityn), cetirizin (Zyrtec, Acura) og levoceterezin (Xyzal), stod for 75 prosent av totalsalget for gruppen (216 millioner kroner). Figur 22.1 viser endringene for disse fire de siste tre årene.

Aerius (desloratadin) er en videreutvikling av loratadin (Clarityn) der den ene isomere av stoffet er rendyrket fordi dette er funnet som den mest virksomme parten. Veksten for Aerius (desloratadin) kan ses i sammenheng med at forbruket av loratadin er redusert og at Xyzal (levocetirizin) ble tatt ut av listen over refunderte legemidler (blåreseptforskriften) med virkning fra 1. september 2004. Reduksjonen i forbruket av Xyzal har også bidratt til at forbruket av cetirizin har vokst.

	ATC-5.nivå	Virkestoff	Merkenavn	2005 mill kr	% endring 2004-2005
1	R03AK06	Salmeterol and combinations	Seretide	351,2	6,3
2	R03AK07	Formoterol and combinations	Symbicort	188,0	10,7
3	R06AE07	Cetirizine	Acura, Zyrtec, Reactin	100,3	9,5
4	R06AX27	Desloratadine	Aerius	97,7	26,8
5	R03AC02	Salbutamol	Ventoline	90,8	2,5
6	R01AA07	Xylometazoline	Otrivin, Zymelin	90,0	-11,9
7	R03DC03	Montelukast	Singulair	84,6	24,2
8	R03BB01	Ipratropium bromide	Atrovent	66,9	1,4
9	R03BA02	Budesonide	Rhinocort	66,3	-8,7
10	R03BA05	Fluticasone	Flutide	48,9	0,3
Sum 10				1 184,8	6,2
Totalt R				1 724,2	3,0

Tabell 22.3 ATC-gruppe R – De ti mest omsatte virkestoffer rangert etter verdi (mill kr)

	ATC-5.nivå	Virkestoff	Merkenavn	2005 mill DDD	%-endring 2004-2005	DDD pr. 1000 innb./døgn 2005
1	R06AE07	Cetirizine	Acura, Zyrtec, Reactin	35,2	20,4	20,8
2	R06AX27	Desloratadine	Aerius	24,4	23,7	14,4
3	R01AA07	Xylometazoline	Otrivin, Zymelin	23,2	-13,2	13,7
4	R03AK06	Salmeterol and combinations	Seretide	20,2	6,2	11,9
5	R03AC02	Salbutamol	Ventoline	17,5	2,1	10,4
6	R03BB01	Ipratropium bromide	Atrovent	15,5	-0,3	9,2
7	R03AK07	Formoterol and combinations	Symbicort	10,5	12,8	6,2
8	R01AD09	Mometasone	Nasonex	9,2	16,9	5,4
9	R01AD05	Budesonide	Rhinocort	8,3	-6,2	4,9
10	R03AC03	Terbutaline	Bricanyl	7,4	-8,2	4,4
Sum 10				171,4	6,2	101,4
Totalt R				266,5	1,3	157,7

Tabell 22.4 ATC-gruppe R – De ti mest omsatte virkestoffer rangert etter DDD (mill DDD)



23. SANSEORGANER

ATC-GRUPPE S

I denne gruppen er det øyemidlene til bruk ved glaukom (grønn stær), allergier eller infeksjoner i øyet som står for den største omsetningen.

S01A ANTIINFEKTIVA

Legemidler til behandling av øyeinfeksjoner (S01A) ble omsatt for 48,9 millioner kroner. Kloramfenikol alene står for 38,5 millioner kroner.

S01E GLAUKOMMIDLER

Legemidler i denne gruppen omsatte for 172,6 millioner kroner. Latanoprost (Xalatan) er størst med omsetning på 68 millioner kroner, en øk-

ning på 6,3 prosent fra 2004. Som nummer to kommer Timolol i kombinasjoner (Cosopt, Fotil, Timpilo, Xalcom) med et salg på 51,3 millioner kroner og 7,3 prosent økning.

S01G KARKONTRAHERENDE OG ANTI-ALLERGISKE MIDLER

I denne gruppen ble det omsatt legemidler for 62,2 millioner kroner. Levocabastin (Livostin) er størst og ble omsatt for 27,6 millioner kroner, en reduksjon på 7,6 prosent fra 2004. Etter denne kommer tetryzolkombinasjoner (Spersallerg), som omsatte for 10,7 millioner kroner, en økning på 9,6 prosent.

ATC-2.nivå		2005 mill kr	% endring 2004-2005
S01	Øyemidler	346,3	5,3
S02	Øremidler	1,1	-3,1
S03	Øye- og øremidler	10,7	19,8
Totalt		358,1	5,6

Tabell 23.1 ATC-gruppe S – 2. nivå omsetning i kroner (mill kr)

	ATC-5.nivå	Virkestoff	Merkenavn	2005 mill kr	%-endring 2004-2005
1	S01EE01	Latanoprost	Xalatan	68,0	6,3
2	S01ED51	Timolol, combinations	Timpilo, Fotil	51,3	7,3
3	S01AA01	Chloramphenicol	Kloramfenikol	38,5	17,8
4	S01XA20	Artificial tears and other indifferent prep.	Kunstig tårevæske	30,0	4,1
5	S01GX02	Levocabastine	Livostin	27,6	-7,6
6	S01ED01	Timolol	Blocadren, Oftan Aquanil	21,4	2,6
7	S01CA01	Dexamethasone and antiinfectives	Spersadex med kloramfenicol, Maxitrol	16,3	1,8
8	S01GA52	Tetryzoline, combinations	Spersallerg	10,7	9,6
9	S01GX01	Cromoglicic acid	Lomudal, Lecrolyn	8,6	-3,4
10	S03CA04	Hydrocortisone and antiinfectives	Terra-cortril polymyxin b	8,1	16,0
Sum 10				280,5	5,6
Totalt S				358,1	5,6

Tabell 23.2 ATC-gruppe S – De ti mest omsatte virkestoffer rangert etter verdi (mill kr)



24. VARIA

ATC-GRUPPE V

Gruppe V er en oppsamlingsgruppe hvor en blant annet finner midler mot forgiftninger, allergener, diagnostika og kontrastmidler. Kontrastmidler til bruk for røntgen, magnettomografi og ultralyd ble solgt for 85,1 millioner kroner.

ATC-2.nivå		2005 mill kr	% endring 2004-2005
V01	Allergener	9,7	60,0
V03	Alle andre terapeutiske preparater	36,7	1,7
V04	Diagnostika	8,2	9,8
V06	Nutrientia	1,5	-51,0
V07	Alle andre ikke-terapeutiske preparater	18,8	0,9
V08	Kontrastmidler	85,1	4,8
V10	Terapeutiske radiofarmaka	0,5	-19,4
Totalt		160,4	4,8

Tabell 24.1 ATC-gruppe V – 2. nivå omsetning i kroner (mill kr)

	ATC-5.nivå	Virkestoff	Merkenavn Eksempler	2005 mill kr	% endring 2004-2005
1	V08AB02	Iohexol	Omnipaque	26,4	-2,3
2	V08AB09	Iodixanol	Visipaque	18,6	24,4
3	V07AB	Solvents and diluting agents, incl irrigat solut	Diverse skyllevæsker	18,1	1,8
4	V08CA03	Gadodiamide	Omniscan	13,2	5,2
5	V03AE02	Sevelamer	Renagel	12,1	19,9
6	V03AF03	Calcium folinate	Rescuvolin, Kalsiumfolinat	7,7	-19,7
7	V08AB10	lomeprol	lomeron	6,5	-14,9
8	V08CA01	Gadopentetic acid	Magnevist	5,7	9,3
9	V08AB05	Iopromide	Ultravist	5,1	-33,1
10	V04CL	Tests for allergic diseases*	Allergitester	4,3	2,5
Sum 10				117,7	0,9
Totalt V				160,4	4,8

* Selges på spesielt godkjenningfritak

Tabell 24.2 ATC-gruppe V – De ti mest omsatte virkestoffer rangert etter verdi (mill kr)

25. VETERINÆRMEDISINER

ATC-GRUPPE Q

Det ble solgt legemidler til veterinær bruk for 242 mill kroner i 2005. Dette er en økning på 11 prosent fra 2004. Største gruppe er QP Antiparasitære midler. Her er middelet deltamethrin (Coopersect) størst med en omsetning på 19,7 millioner kroner.

Midlet brukes ved forebygging og behandling av lus og flueplage hos storfe samt lus og sauekrabbe hos sau¹, og finnes i legemiddelformen liniment til utvortes bruk. Som nummer to kommer fenbendazole (Panacur og Curaverm), ormemidler til storfe, sau og andre dyr.

Gruppen QJ Antiinfektiva til systemisk bruk kommer som nummer to med omsetning på 46,3 millioner kroner. Innenfor denne gruppen er penicillinbehandling av infeksjoner hos hund, storfe og gris de største.

Gruppen QM Muskler og skjelett er tredje størst (31,3 mill kroner). Størst innenfor denne igjen er legemiddelet karprofen (Rimadyl) som er et antiinflammatorisk middel (NSAID) for hund.

¹ www.veterinærkatalogen.no

ATC-1.nivå		2005 mill kroner	% endring 2004-2005
QA	Fordøyelsesorganer og stoffskifte	7,3	4,8
QB	Blod og bloddannende organer	1,2	7,4
QC	Hjerte og kretsløp	3,5	4,7
QD	Dermatologiske midler	3,1	8,3
QG	Urogenitalsystem og kjønns hormoner	11,7	2,1
QH	Hormoner til systemisk bruk, Ekskl. Kjønns hormoner og insulin	3,2	3,3
QI	Immunologiske midler	1,3	2 247,8
QJ	Antiinfektiva til systemisk bruk	46,3	10,0
QM	Muskler og skjelett	31,3	17,2
QN	Nervesystemet	20,4	5,4
QP	Antiparasitære midler, insekticider og insektmidler	103,6	12,1
QR	Respirasjonsorganer	0,5	23,4
QS	Sanseorganer	7,1	6,2
QV	Varia	1,6	11,6
Sum		242,0	11,0

Tabell 25.1 ATC-gruppe Q – 1. nivå omsetning i kroner og DDD (mill kr og mill DDD)

	ATC-5.nivå	Virkestoff	2005 mill.kr	% endring 2004-2005
1	QP53AC11	Deltamethrin	19,7	28,2
2	QP52AC13	Fenbendazole	17,7	7,9
3	QM01AE91	Carprofen	11,1	6,3
4	QP52AA51	Praziquantel, combinations	10,9	24,4
5	QJ01CR02	Amoxicillin and enzyme inhibitor	8,8	27,2
6	QP52AF02	Pyrantel	8,3	8,9
7	QJ51RC23	Procaine penicillin, combinations with other antibacterials	8,2	3,8
8	QP51AJ01	Toltrazuril	7,7	5,6
9	QJ01CE09	Procaine penicillin	7,6	9,8
10	QM01AC06	Meloxicam	7,4	25,9
11	QP54AA01	Ivermectin	6,6	-0,6
12	QJ01EW10	Sulfadiazine and trimethoprim	6,5	1,8
13	QP53AC04	Permethrin	6,0	1,7
14	QG03DA02	Medroxyprogesterone	5,6	-4,6
15	QM09AX01	Hyaluronic acid	5,5	49,3
16	QN05CM91	Medetomidine	4,4	8,4
17	QP52AC11	Albendazole	4,0	-8,6
18	QP52AF01	Morantel	3,9	-30,4
19	QP53AX15	Fipronil	3,8	28,1
20	QJ01CA04	Amoxicillin	3,7	25,0
21	QJ01MA90	Enrofloxacin	3,6	2,2
22	QS02CA01	Prednisolone and antiinfectives	3,6	6,8
23	QP53AC08	Cypermethrin	3,2	-17,1
24	QM01AG90	Flunixin	3,2	10,3
25	QN02AF01	Butorphanol	2,8	5,4
Sum 25			173,5	9,8
Totalt Q			242,0	11,0

Tabell 25.2 ATC-gruppe Q – 25 mest omsatte virkestoffer rangert etter verdi (mill kr)



Apotek og legemidler 2006

© Norges Apotekerforening, Oslo mars 2006

Alle foto: © Jens Sølvberg

Design: Grafia Kommunikasjon AS

Trykk og produksjon: Grafia Kommunikasjon AS

ISBN 82-990739-2-8

Det må ikke kopieres fra denne boken i strid med åndsverkloven og fotografiloven eller i strid med avtaler om kopiering inngått med KOPINOR, interesseorganisasjon for rettighetshavere til åndsverk.