

2007

APOTEK OG LEGEMIDLER



Bransjestatistikk om apotekenes
virksomhet og rammevilkår



Apotekforeningen

APOTEK OG LEGEMIDLER 2007

Bransjestatistikk om apotekenes virksomhet og rammevilkår



Apotekforeningen



INNHOOLD

- 006 Tallenes tale
- 007 Apotekforeningens bransjestatistikk
- 010 Apotekenes rolle i helsetjenesten

DEL I APOTEK

- 012 1. Apotek i Norge
- 022 2. Ansatte, utdanning og kompetanse
- 028 3. Apotekøkonomi

DEL II LEGEMIDDELMARKEDET

- 042 4. Omsetning av legemidler – hovedtall
- 052 5. Legemiddelpriser
- 064 6. Generiske legemidler
- 074 7. Reseptfrie legemidler

DEL III RAMMEVILKÅR

- 082 8. Regulerings- og rammevilkår i 2006
- 088 9. Folketrygdens finansiering av legemidler m.v.

DEL IV OMSETNING AV RESEPTPLIKTIGE LEGEMIDLER I NORGE – DETALJERT STATISTIKK

- 102 10. Omsetning av legemidler etter resept fordelt på ATC-hovedgrupper
- 108 11. Legemiddelforbruk hos barn
- 112 12. ATC-gruppe A Fordøyelse og stoffskifte
- 118 13. ATC-gruppe B Midler som påvirker blodet
- 122 14. ATC-gruppe C Hjerne- og karsykdommer
- 126 15. ATC-gruppe D Legemidler ved hudsykdommer
- 128 16. ATC-gruppe G Prevensjon, midler som virker i kjønnsorganer og urinveier
- 132 17. ATC-gruppe H Hormoner til behandling av vekstforstyrrelser og kreft
- 134 18. ATC-gruppe J Legemidler til bruk ved infeksjoner
- 138 19. ATC-gruppe L Midler til behandling av kreft og immunrelaterte sykdommer
- 142 20. ATC-gruppe M Muskler og skjelett
- 144 21. ATC-gruppe N Midler som påvirker nervesystemet
- 152 22. ATC-gruppe P Antiparasitære midler, insekticider og innsektmidler
- 154 23. ATC-gruppe R Respirasjonsorganer
- 158 24. ATC-gruppe S Sanseorganer
- 160 25. ATC-gruppe V Varia
- 162 26. Omsetning av legemidler til sykehus og andre helseinstitusjoner
- 164 27. Omsetning av legemidler gitt godkjenningss fritak
- 168 28. ATC-gruppe Q Veterinærmedisiner

VEDLEGG

- 170 Definisjoner
- 174 Omsetning av de 200 mest omsatte virkestoffene i 2006

TALLENES TALE

FORORD VED

KAI FINSNES, ADM. DIREKTØR I APOTEKFORENINGEN



Apotekene har ansvaret for legemiddeldistribusjonen til forbrukere og sykehus. 41 millioner kundeekspedisjoner og håndtering av nesten 27 millioner resepter viser at de aller fleste nordmenn er innom apoteket flere ganger i løpet av året for å kjøpe legemidler.

9 av 10 nordmenn bor i kommuner som har apotek. Landets vel 570 apotek med sine 6000 ansatte er trolig den delen av helsetjenesten hvor terskelen er lavest for kontakt med helsepersonell. Ved egenomsorg med reseptfrie legemidler innebærer et apotekbesøk ofte det eneste møtet pasienten har med helsepersonell. Dette gir apotekene et særlig ansvar for å bidra til at det legemiddelpolitiske målet om rasjonell legemiddelbruk nås innenfor medikamentell egenomsorg.

Distriktsapotekene har ansvaret for mer enn 1200 medisinsalg. Disse er apotekenes forlengede arm i gravgrendte strøk, og er ofte opprettet etter lokalt initiativ. Apotekene, medisinsalgene og apotekenes pakkeforsendelser i distriktene utgjør til sammen en infrastruktur som er utviklet over flere tiår og tilpasset behovene man har lokalt.

Omlag én prosent av bruttonasjonalproduktet brukes på legemidler. Legemiddeldomsetningen (målt i løpende kroner) er mer enn fordoblet de siste ti årene, selv om veksten nå flater ut. Statens utgifter til legemidler utgjør omkring åtte prosent av hele helsebudsjettet. Like fullt bruker staten forbausende lite penger på å sikre at midlene brukes optimalt. Manglende finansiering av farmasøytiske tjenester for å kvalitetssikre pasientens legemiddelbruk og legens rekvirering er en viktig del av dette bildet.

Utviklingen på legemiddelfeltet er i stor grad styrt av beslutninger fattet av offentlige myndigheter: Godkjenning av legemidler, fastsettelse av pris, refusjonsvilkår fra folketrygden, egenandeler, rammevilkår for apotek, godkjenning av legemidler for salg utenom apotekkanalen osv. Myndighetene har dermed svært stor innflytelse på utviklingen av apoteksektoren, både når det gjelder den fysiske infrastrukturen og innholdet i det apotektilbudet publikum møter.

For å sikre god legemiddelbruk og en god legemiddeldistribusjon er det nødvendig at utviklingen av politikken på legemiddelområdet er basert på kunnskap og dokumentasjon. Til det formålet har Apotekforeningen 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, refusjonshjæmme og demografiske data om kundene. I årets utgave er det også på noen områder skilt mellom salg fra primærapotek og sykehusapotek.

Det er Apotekforeningens Bransjestatistikk som er hovedkilden for *Apotek og Legemidler 2007*. I tillegg har Apotekforeningen 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 3. utgaven av *Apotek og Legemidler* er å bidra med kunnskap og dokumentasjon på legemiddelområdet. Her følger tallenes tale for 2006. God lesning!

APOTEKFORENINGENS BRANSJESTATISTIKK — BS

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

Informasjonen i BS er det nærmeste vi kommer en samlet oversikt over legemiddelforbruket i Norge. Den inneholder en del opplysninger som ikke fremkommer i annen statistikk som er lett tilgjengelig i Norge¹. BS er kilde til en rekke viktige nøkkeltall for apotekbransjen, også utover salget av reseptpliktige legemidler. 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-gruppe² kommenteres enkelte legemidler særskilt når de har:

- kvantitativt stor omsetning i kroner eller DDD³
- store endringer i omsetningen i forhold til 2005.

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

¹ Folkehelseinstituttets nettsted Reseptregisteret inneholder også detaljert informasjon om legemiddelbruk på sluttbrukernivå. Databasen omfatter kun salg etter resept og data for 2006 foreligger først til sommeren.

² 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.

³ 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. Totaltallene omfatter reseptpliktige legemidler, reseptfrie legemidler og legemidler som selges med godkjenningfritak. All omsetning kan brytes ned på fylkesnivå, men ikke på kommuner eller enkeltapotek.

- Statistikken i BS inkluderer ikke:
- Salg av reseptfrie legemidler fra andre kanaler enn apotek (LUA-ordningen)
 - Direkteleveranser av legemidler (humane og veterinære) fra grossister og produsenter til sykehus/sykehjem mv. Dette gjelder i hovedsak infusjonsvæsker, enkelte blodprodukter og enkelte vaksiner
 - Direkteimport av legemidler til personlig bruk, samt
 - Salg av vaksiner via Folkehelseinstituttet.

Dette antas imidlertid å utgjøre en liten andel av det totale legemiddelsalget i Norge.

RESEPTPLIKTIGE LEGEMIDLER

Bransjestatistikken omfatter alt salg fra apotek av alle reseptpliktige legemidler med ATC-kode. 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 mens f.eks. bosted ikke registreres. For blåresepter og andre resepter som refunderes av trygden, inneholder statistikken refusjonshjemmel og kundens egenbetaling. 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.

RESEPTFRIE LEGEMIDLER

Det er fri prisfastsettelse på reseptfrie legemidler. Det er den reelle utsalgsprisen fra apotek (AUP) ved salgstidspunktet som rapporteres til BS.

REFUSJONSBERETTIGET MEDISINSK UTSTYR OG NÆRINGSMIDLER TIL SPEIELLE MEDISINSKE FORMÅL

For medisinsk utstyr og næringsmidler som omfattes av Arbeids- og velferdsdirektoratets (NAV) 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. Statistikken i BS inkluderer kun salg i apotek, ikke salg av refusjonsberettiget medisinsk utstyr fra bandasjister.

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 LEGEMIDDELSTATISTIKK 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 apotek utsalgspris (AUP) beregnet ut fra AIP og fastsatt avanse. Omsetningstall fra FHI og BS er følgelig ikke direkte sammenlignbare. Avvik gjelder spesielt legemidler med lav omsetning hvor bl.a. lageroppbygging/-nedbygging kan forklare forskjellene.

APOTEKENES ROLLE I HELSETJENESTEN⁴

Apotekene er kompetansebedrifter som skal sikre forsvarlig utlevering av legemidler til sluttbruker. De skal også medvirke til riktig legemiddelbruk gjennom veiledning og farmasøytiske tjenester til befolkningen. Apotekene har leveringsplikt og skal ha lokalt lagerhold for å sikre befolkningen tilgjengelighet til legemidler og viktig medisinsk utstyr. Normalt skal apotek kunne skaffe varer de ikke har på lager, men har leveringsplikt for, innen 1–2 døgn.

Apotekloven er i hovedsak motivert ut fra behovet for en forsvarlig legemiddeldistribusjon som ivaretar legemidlenes kvalitet og kjøpernes informasjonsbehov. Apotekene har derfor enerett på detaljalg av reseptpliktige legemidler. Eneretten gjelder også for reseptfrie legemidler, men fra 2003 er det gjort unntak fra bestemmelsen, slik at visse reseptfrie legemidler kan selges også utenom apotek. Dette gjelder avgrensede terapiområder hvor helsemyndighetene mener publikum ikke har behov for annen veiledning enn den skriftlige informasjonen som fremkommer på pakningen eller i pakningsvedlegget.

Apotekene informerer kundene om blant annet riktig bruk av legemidler, interaksjon med andre

legemidler, regelverket for refusjon, egenandeler og generisk bytte. Apotekpersonalet veileder om valg og bruk av reseptfrie legemidler i egenomsorg og anbefaler kontakt med lege eller annet helsepersonell når det er relevant. Apotekfarmasøyten skal foreta en legemiddelfaglig vurdering av innleverte resepter for å fange opp eventuelle feil og påse at reseptpliktige legemidler utleveres i tråd med gyldig resept. Undersøkelser viser at apotekene retter opp feil på omtrent to prosent av alle resepter. Hver femte av de feilene som blir rettet, kan ha negative helsekonsekvenser for pasienten.

Apotekene har ansvar for selv å produsere de legemidlene som ikke er tilgjengelige fra legemiddelindustrien. Dette gjelder for eksempel visse legemidler til barn, brannskadede, forgiftede og pasienter med sjeldne lidelser. Mange av de apotekproduserte legemidlene er beregnet for bruk i sykehus, der spesialtilpasninger og rask levering er særlig nødvendig.

Offentlige registre mottar data om legemiddelbivirkninger, legenes reservasjoner mot generisk bytte og informasjon om reseptene fra apotekene.



Apotekene tilbyr også flere andre helsetjenester, som for eksempel farmasøytisk tilsyn, multidosepakking og spesielt tilrettelagt metadonutlevering.

Apotekenes egne bransjestandard definerer apotekenes kjernevirksomhet slik:

- Håndtering av resept og rekvisisjon
- Råd og veiledning i forbindelse med egenomsorg
- Bidrag til 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.

⁴ Dette avsnittet er i store trekk basert på kapittel 8.6 i St.meld. nr. 18 (2004–2005) Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk.



1. APOTEK I NORGE

APOTEKDEKNING

Siden 2001, da apoteksektoren ble deregulert ved en ny apoteklovgivning, er det etablert 176 nye apotek. Mange av disse er etablert i områder der det var lav apotekdekning. 13 apotek er etablert i kommuner som ikke hadde apotek, mens 36 kommuner har fått sitt andre apotek i løpet av de siste seks årene. I 2006 fikk seks kommuner sitt andre apotek, mens Selbu fikk sitt første apotek. Ved utgangen av 2006 var det 573 apotek fordelt på 238 kommuner. Selv om det er apotek i bare 238 av 433 kommuner, bor hele 90 prosent av befolkningen i en kommune med apotek.

I løpet av 2006 har vi fått 19 flere apotek her i landet, 20 nye ble åpnet og ett ble nedlagt. 12 av de 20 nye apotekene er etablert i mindre byer og tettsteder, mens det nedlagte apoteket lå i Oslo.

I løpet av de seks siste årene er ikke et eneste distriktsapotek lagt ned. De tre apotekkjedene (Allianceapotekene, Apotek 1 og Vitusapotek) og

Helse- og omsorgsdepartementet har inngått en distriktsapotekavtale som sikrer drift av alle landets distriktsapotek. Avtalen sikrer at kommuner der det per 1. mars 2005 kun var ett apotek (159 kommuner), ikke skal ha en dårligere apotekdekning. Avtalen løper til 1. juli 2007.

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 og organisert som helseforetak eller ansvarlig selskap, eid av de regionale helseforetakene med følgende fordeling:

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

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)

År per 1. januar	Alliance apotekene, heleide	Apotek 1, heleide	Vitusapotek, heleide	Offentlige sykehusapotek	Selvstendige apotek og deleide kjedeapotek	Sum
2001	-	-	-	28	369	397
2002	66	77	91	28	199	461
2003	89	130	100	30	153	502
2004	109	155	106	30	120	520
2005	114	168	113	30	110	535
2006	120	180	120	31	103	554
2007	127	185	132	31	98	573

Tabell 1.1 Antall apotek fordelt etter eierskap, 2001–2007



ANTALL APOTEK ETTER KJEDETILKNYTNING

Kjedetilknytningen følger enten av eierskap eller av avtale mellom apotekeieren og kjeden (se tabell 1.2).

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 per 1. januar 2007 78 medlemmer.

Et fåtall apotek (16) er ikke tilknyttet noen kjede på annen måte enn gjennom en leveringsavtale med en grossist. De fleste av disse har et forretningsmessig samarbeid på innkjøpssiden.

GEOGRAFISK FORDELING

Oslo, med sine 73 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 8., 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 er fylket med den nest beste apotekdekningen målt i antall innbyggere per apotek (se tabell 1.4).

Oppland er det fylket som har færrest innbyggere per apotek og derved best dekning, med sine 28 apotek og vel 6500 innbyggere per apotek. I Oppland er det nesten 300 færre personer per apotek enn i 2005. Deretter følger Østfold med 39 apotek og 6700 innbyggere per apotek. Nord-Trøndelag har den tredje beste dekningen med 6800 innbyggere per apotek og 19 apotek. Landsgjennomsnittet er 8100 personer per apotek (befolkning per 1. januar 2006).

Hordaland har lavest apotekdekning, med nesten 12000 innbyggere for hvert av de 38 apotekene i fylket. I Hordaland er også andelen kommuner med apotek lavere enn gjennomsnittet. På landsbasis er det nå apotek i 55 prosent av kommunene, mens det i Hordaland er apotek i bare 36 prosent av kommunene. Rogaland er fylket med nest lavest apotekdekning, med 10200 innbyggere for hvert av de 39 apotekene. I Rogaland er det imidlertid apotek i 65 prosent av kommunene.

Nordland har hatt størst bedring i apotekdekningen fra 2000, målt med antall innbyggere per apotek.

Antall innbyggere per apotek gir ikke et ”heldekende” bilde av apotekdekningen i et geografisk område. Det er sannsynlig 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.

	By/tettsted	Antall innbyggere per apotek	Antall apotek
1	Moss	4026	7
2	Tønsberg	5274	7
3	Drammen	5776	10
4	Arendal	6638	6
5	Sarpsborg	7159	7
6	Oslo	7375	73
7	Bodø	7499	6
8	Kristiansand	7692	10
9	Fredrikstad	7866	9
10	Trondheim	7931	20
11	Bærum	8148	13
12	Tromsø	9085	7
13	Sandnes	9825	6
14	Stavanger	11516	10
15	Bergen	11531	21

Tabell 1.3 Byer og tettsteder i Norge etter antall innbyggere per apotek og antall apotek
Kilde: Apotekforeningen og SSB (befolkning per 1.1. 2006)

Dato	Alliance apotekene	Apotek 1	Vitusapotek	Ditt apotek	Frittstående apotek
01.01.06	120	216	121	82	15
01.01.07	127	219	133	78	16

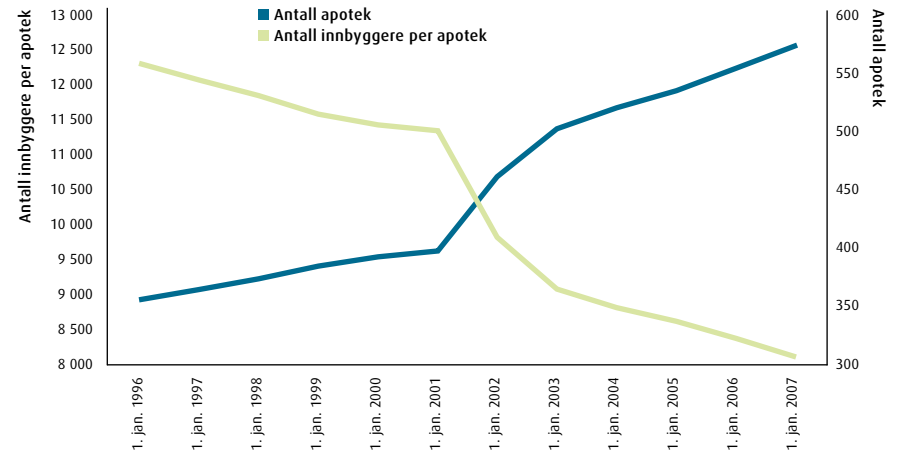
Tabell 1.2 Antall apotek fordelt etter kjedetilknytning



Fylke	Antall apotek 1.1.2000	1.1.2007	Antall innbyggere per apotek 1.1.2000	1.1.2007	Prosent endring
Oppland	24	28	7 593	6543	-13,8
Østfold	24	39	10 251	6677	-34,9
Nord-Trøndelag	12	19	10 566	6773	-35,9
Aust-Agder	9	15	11 276	6939	-38,5
Hedmark	21	27	8 872	6982	-21,3
Sogn og Fjordane	13	15	8 281	7110	-14,1
Buskerud	23	34	10 218	7213	-29,4
Oslo	46	73	10 932	7375	-32,5
Nordland	22	31	14 396	7621	-47,1
Sør-Trøndelag	22	36	11 857	7650	-35,5
Møre og Romsdal	25	32	9 702	7656	-21,1
Telemark	15	21	10 968	7911	-27,9
Finnmark	7	9	10 580	8104	-23,4
Vest-Agder	13	19	11 846	8543	-27,9
Vestfold	17	25	12 395	8884	-28,3
Akershus	31	56	14 857	8949	-39,8
Troms	11	17	13 655	9034	-33,8
Rogaland	27	39	13 669	10195	-25,4
Hordaland	30	38	14 396	11911	-17,3
Sum	392	573	11 540	8098	-29,8

Tabell 1.4 Fylker i Norge etter antall innbyggere per apotek og antall apotek.

Kilde: Apotekforeningen og SSB (befolkning per 1. januar 2006)



Figur 1.1 Antall apotek og antall innbyggere per apotek 1996–2007 (per 1. januar)

Kilde: Apotekforeningen og SSB (befolkning per 01.10.2006)

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 til 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.

MEDISINUTSALG

Medisinutsalgene er apotekenes forlengede arm på steder hvor kundene har lang vei til nærmeste apotek. På landsbasis er det registrert 1178 medisinutsalg i 2006. 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, med regler for oppbevaring og utlevering av legemidlene og med et legemiddelsortiment som er godkjent av kommunelegen. 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.

Ordningen med medisinutsalg må ikke forveksles med legemiddelomsetning hjemlet i forskrift om salg av legemidler utenom apotek (LUA). Slik legemiddelomsetning, som gjerne skjer i regi av dagligvarebutikker, kiosker og bensinstasjoner, har ingen tilknytningspunkter til apotek, og har også et betydelig mer begrenset sortiment enn medisinutsalgene.

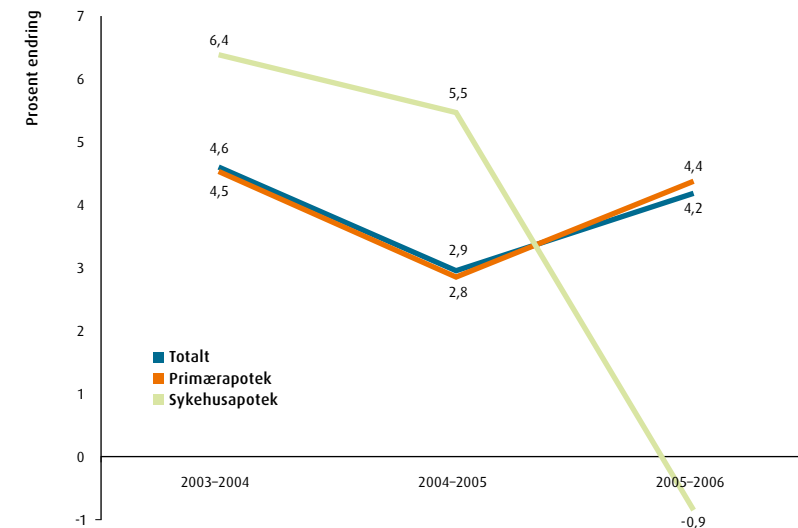
ANTALL KUNDEBESØK OG RESEPTKSPEDISJONER I APOTEK

I 2006 var det totalt 41 millioner kundebesøk i norske apotek, hvorav 39,6 millioner i primærhelsetjenestens apotek. Tilsvarende var antall kundebesøk i 2005 hhv 40,2 millioner i alle apotek og 38,8 millioner i primærapotek. Med kundebesøk menes her summen av alle ekspedisjoner i kassen i apotek.

Om lag 96 prosent av alle reseptekspedisjonene i 2006 ble foretatt av primærapotekene. Sykehusapotekene hadde en relativt høyere andel av ekspedisjoner av resepter som refunderes av en annen bidragsytende instans enn trygden (blåreseptordningen), med 24,6 prosent, og resepter etter forenklet oppgjør i bidragsordningen, med 13,5 prosent. For nærmere omtale av blåresept- og bidragsordningene, se kapittel 9.

I 2006 var gjennomsnittlig antall ordinasjoner, dvs antall legemidler per reseptekspedisjon, 1,52 på blå resept, mens for hvit resept var gjennomsnittlig antall ordinasjoner på 1,19.

Figur 1.2 viser hvordan antallet reseptekspedisjoner har utviklet seg siden 2003 fordelt på primærapotek og sykehusapotek. Mens sykehusapotekene hadde en reduksjon i antall reseptekspedisjoner fra 2005 til 2006 på 0,9 prosent, hadde primærapotekene en vekst på 4,4 prosent.



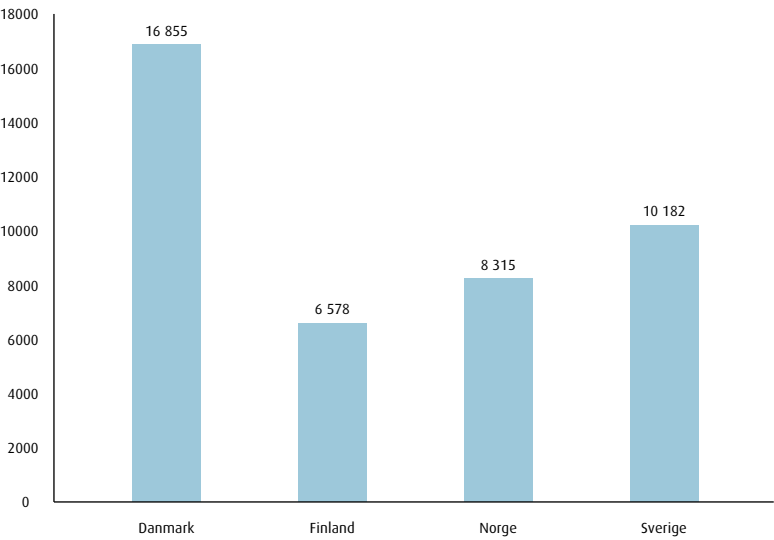
Figur 1.2 Utvikling i antall reseptekspedisjoner 2003–2006 fordelt på primærapotek og sykehusapotek

Resepttyper	Antall reseptekspedisjoner 2006	Prosentandel av total	Prosent endring 2005–2006
Hele "blåresept"-ordningen	12 166 779	45,48	4,2
"Hvit" - normalresept	13 535 438	50,60	4,0
Forenklet oppgjør i bidragsordningen, § 5.22 i Folketrygdloven*	412 235	1,54	8,2
Diverse**	636 402	2,38	3,8
Sum reseptekspedisjoner	26 750 854	100,00	4,2

Tabell 1.5 Antall ekspedisjoner i apotek fordelt etter resepttyper

*) 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 NAV (helseforetakene, Jernbanens sykekasse etc).



Figur 1.3 Antall innbyggere per apotek i de nordiske landene per 1. januar 2006

APOTEKDEKNINGEN I DE
NORDISKE LANDENE¹

Apoteksystemene i de nordiske landene er svært forskjellige, både med hensyn til eierskap og etableringsadgang.

Den frie etableringsadgangen og anledningen til vertikal integrasjon mellom apotek og legemiddelgrossist i Norge kom med apotekloven av 1. mars 2001. Under den tidligere apoteklov-givningen var det norske systemet mer likt det nåværende danske og finske systemet, der kun farmasøyter kan eie apotek og etableringsadgan-gen er sterkt begrenset.

Faglige aspekter ved apotekdrift håndteres i Norge ved at hvert apotek må ha ansatt en far-masøyt med driftskonsesjon. Driftskonsesjon gis av Statens legemiddelverk basert på faglige krav. I Danmark og Finland er disse faglige aspektene ivaretatt gjennom kravet til faglig eierskap, mens man i Sverige på samme måte som i Norge har farmasøyter som ansvarlig for driften av det enkelte apotek.

¹ Kilde: Kompetansegruppe for statistikk og analyse (KAS) i Nordisk Apoteksforening

Land	Eierskap	Vertikal integrasjon	Fri etablering
Norge	Fritt. Unntak: Leger og farmasøytisk industri kan ikke eie apotek.	Tillatt	Ja
Sverige	Statlig	Ikke aktuelt	Nei
Danmark	Kun farmasøyter kan eie apotek. Unntak: Sykehusapotek	Ikke tillatt	Nei
Finland	Kun farmasøyter kan eie apotek. Unntak: Sykehusapotek og Universitetsapotek	Ikke tillatt	Nei

Tabell 1.6 Regler for eierskap og etablering av apotek i de nordiske landene i 2006

Antall	Danmark	Finland	Norge	Sverige
Primærapotek	322	781	523	885
Offentlige/sykehusapotek	18	42	31	77
Totalt	340	823	554	962
Medisinutsalg	1085	160	1163	859

Tabell 1.7 Antall apotek og medisinutsalg i Danmark, Finland, Norge og Sverige per 1. januar 2006

I tillegg til apotek har man i de nordiske landene et nett av det vi i Norge kaller medisinutsalg. Man-ge av disse er skap med et utvalg av reseptfrie legemidler egnet for egenomsorg. Medisinutsal-gene eies av et apotek, men er utplassert i annen butikk av tilgjengelighetshensyn. I Norge er det også eksempler på medisinutsalg i egne lokaler.

Antall apotek og medisinutsalg i de nordiske landene fremgår av tabell 1.7.

Antall apotek i de ulike landene må ses i sam-menheng med forskjeller i folketall mellom

landene. Antall innbyggere pr apotek kan således ses på som en indikator på apotektilgjengelighe-ten i de ulike landene.

Figur 1.3 viser at apotektilgjengeligheten i Norge er god sammenliknet med våre nordiske naboland. Det må her gjøres oppmerksom på at den høyere befolkningstettheten i Danmark sammen med enklere topografi taler i retning av at apotektilgjengeligheten i Danmark kan opp-leves som bedre enn grafen tilsier. I tillegg har Danmark og Norge relativt mange medisinutsalg, mens Finland har få.



2. ANSATTE, UTDANNING OG KOMPETANSE

UTDANNING OG KOMPETANSE

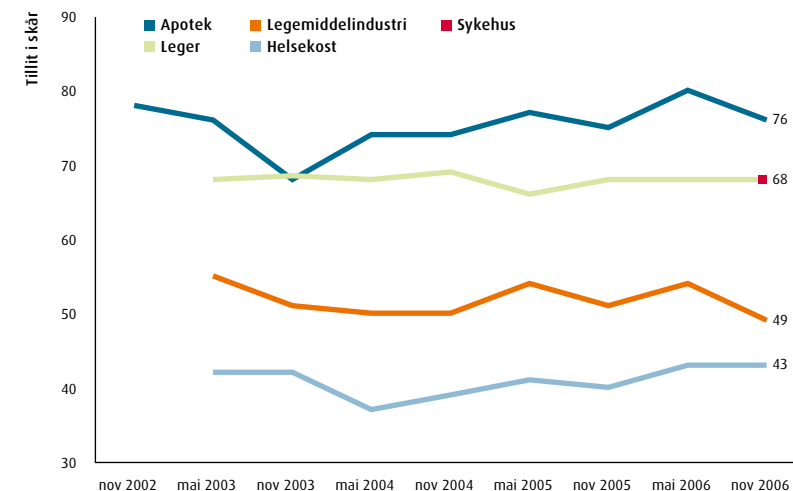
Veiledning i riktig legemiddelbruk til kunder og helsepersonell har som formål å forebygge, lindre og helbrede sykdom og dermed medvirke til god helse. Den farmasøytiske kompetansen i apotek bidrar til å forhindre feilbruk av legemidler, og fange opp bivirkninger som – hvis uoppdaget – kan føre til sykdom eller skade.

Apotekets kunder finnes i alle deler av befolkningen. Mange 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 kundeunder-

søkelser hvor apotekene forbindes med kvalitet, trygghet og kvalifisert personale. Se figur 2.1 som viser utviklingen i tillit til ulike helsebransjer.

Sykehusene ble inkludert i bransjeindeksen fra november 2006. Resultatene viser at forbrukerne har den samme grad av tillit til sykehusene som de har til leger.



Figur 2.1 Utviklingen i tillit til ulike helsebransjer 2002–2006 Kilde: TNS Gallup Apotekbarometeret 2006

HELSEPERSONELL I APOTEKET

Fagpersonalet i apotek består i all hovedsak av farmasøyter og apoteketeknikere. Begge disse gruppene er autorisert helsepersonell. Gjennom helsepersonelloven er de underlagt samme grunnleggende lovverk som andre grupper helsepersonell. Helsepersonelloven gir 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.

I tillegg til farmasøyter og apoteketeknikere finnes det også ansatt andre grupper i apotek, for eksempel sykepleiere.

Det farmasøytiske personalet deles inn i to grupper; universitetsutdannede med mastergrad (5

års utdanning og autorisasjon som provisorfarmasøyt) og høyskoleutdannede med bachelorgrad (3 års utdanning og autorisasjon som reseptfarmasøyt). Det er farmasøyter med ekspedisjonsrett i Norge som har rett til selvstendig å ekspedere legemidler etter resept og rekvisisjon. Farmasøyten må være autorisert eller inneha midlertidig lisens for å ha slik ekspedisjonsrett.

Apotekeren er apotekets leder. For å bli apoteker kreves mastergrad, autorisasjon og to års relevant yrkespraksis etter endt utdanning. Apotekeren skal sørge for at apotekvirksomheten til enhver tid drives etter de lover, forskrifter og krav til faglig og forsvarlig standard som er gitt.

Apoteketeknikere har ikke rett til selvstendig å ekspedere legemidler etter resept eller rekvisisjon, men de har viktige oppgaver i forbindelse med reseptekspedisjon, service og kundekontakt, egenomsorgsinformasjon og annen informasjon til publikum, varebehandling og kontorarbeid.



Kategori	1. januar 2002		1. oktober 2006	
	Antall ansatte	Antall årsverk	Antall ansatte	Antall årsverk
Apotekere/driftskonsesjonærer	342	340	438	426
Master i farmasi	524	441	605	519
Bachelor i farmasi	903	758	1125	958
Apotekteknikere med fagutdanning	2709	2237	2758	2253
Apotekteknikere uten fagutdanning	1444	1058	1037	778
Andre, sykepleiere, økonomer mv.	303	175	248	154
Sum	6225	5009	6211	5088

Tabell 2.1 Ansatte i alle apotek

Kategori	Primærapotek		Sykehusapotek	
	Antall ansatte	Antall årsverk	Antall ansatte	Antall årsverk
Apotekere/driftskonsesjonærer	407	396	31	30
Master i farmasi	317	258	288	261
Bachelor i farmasi	1048	888	77	70
Apotekteknikere med fagutdanning	2282	1832	476	421
Apotekteknikere uten fagutdanning	963	710	74	68
Andre, økonomer, sykepleiere m.v	204	113	44	41
Sum	5221	4197	990	891

Tabell 2.2 Ansatte i apotek per 1. oktober 2006 fordelt på primærapotek og sykehusapotek

ANSATTE I APOTEK

Det utføres i dag om lag 80 flere årsverk i apotek enn i 2002, en vekst på 1,6 prosent (se tabell 2.1). Prosentandelen farmasøytiske årsverk er økende fra 30,7 prosent til 37,4 prosent. Antall årsverk utført av apotekteknikere er redusert fra 65,7 prosent til 59,6 prosent i perioden. Det er spesielt for gruppen apotekteknikere uten fagutdanning nedgangen er markant.

Tabell 2.2 viser at prosentandelen farmasøytiske årsverk er noe høyere i sykehusapotekene enn i primærapotekene, henholdsvis 40,5 og 36,7 prosent. Av farmasøyter er prosentandelen med masterutdanning høyere i sykehusapotekene enn i primærapotekene.

UTDANNINGENE

MASTER I FARMASI

Utdanningen Master i farmasi gis ved følgende universiteter:

- Universitetet i Oslo, ved Farmasøytisk institutt som hører inn under Det matematisk naturvitenskapelige fakultet, www.farmasi.uio.no
- Universitetet i Tromsø, ved Institutt for farmasi som hører inn under Det medisinske fakultet, <http://uit.no/farmasi/>
- Universitetet i Bergen, ved Senter for farmasi, et tverrfakultært studium under både Det matematisk naturvitenskapelige og Det medisinske fakultet, www.uib.no/farm

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.

Ved de tre universitetene er det totalt 132 studieplasser per årskull for Master i farmasi. Første kull fra Universitetet i Bergen er ferdig i



2008. I Bergen er det 34 studieplasser hvorav ni for bachelor som tar påbygning til Master. I Oslo ble 57 studenter ferdige høsten 2006, mens det i Tromsø ble utdannet 20 i 2006.

BACHELOR I FARMASI

Utdanningen Bachelor i farmasi kan tas ved følgende høyskoler:

- Høyskolen i Oslo, Avdeling for helsefag, <http://www.hio.no/content/view/full/30038>
- Høyskolen i Nord-Trøndelag, Avdeling for helsefag i Namsos, http://www.hint.no/studier/studie/index.php?S_OBJECTID=ABAAAAEAUEX&sprak=no

Utdanningen Bachelor i farmasi 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 høyskoles hjemmeside.

Utdanningen Bachelor i farmasi i Oslo og Namsos tar opp 90–100 studenter hvert år. Det ble uteksaminert 62 reseptarer i 2006.

APOTEKTEKNIKERUTDANNINGEN

Den videregående skolen tilbyr fagutdanning som apotektekniker. Skoleløpet er helse- og sosialfag første år, helseservicefag andre år og apotekteknikk tredje år. Oversikt over utdanningssteder finnes på Farmasiforbundets hjemmesider. Se <http://www.farmasiforbundet.no/>. I 2006 ble det utdannet til sammen 112 apotekteknikere.

Kategori	Danmark	Finland	Norge	Sverige
Apotekere/driftskonsesjonærer	259	584	393	
Master i farmasi	693	815	296	823
Bachelor i farmasi		3654	1020	4 964
Farmakonomer	3538			
Apotekteknikere		3288	3254	3057
Andre	1511		207	2513
Sum	6001	8341	5170	11357

Tabell 2.3 Antall ansatte i primærapotek i nordiske land per 1. januar 2006

ANSATTE I APOTEK I NORDEN¹

Utdanningen Master i farmasi finnes i alle de nordiske landene. Utdanningen gir grunnlag for ekspedisjonsrett i alle de nordiske landene. Utdanningen Bachelor i farmasi er en spesiell utdanning som finnes kun i Norge, Sverige og Finland. I resten av Europa finnes det ikke farmasøytutdanning på bachelornivå (tre-årig farmasøytutdanning), kun på mastergradsnivå.

I Danmark er det etablert en utdanning til farmakonom, som er en treårig helseutdanning etter videregående skole (gymnas/studenteksamen). Utdanningen består av teori og praksis. Farmakonomen kan selvstendig utlevere og kontrollere reseptpliktige legemidler, men denne praksisen er apotekers ansvar. En farmakonom kan ikke være apotekers stedfortreder. I Danmark har man ingen apotekteknikerutdanning etter bl.a. norsk mønster, men det er ansatt en del personale i apotekene uten farmakonom- eller farmasiutdanning. I Norge, Sverige og Finland er det relativt store grupper med apotekteknikere.

Oversikten over antall ansatte i de nordiske landene må ses i sammenheng med antall apotek som fremgår i tabell 1.7 (se kapittel 1). Tabell 2.3 viser en relativt stor forskjell i personalsammensetningen i de nordiske apotekene.

¹ Kilde: Kompetansegruppe for statistikk og analyse (KAS) i Nordisk Apoteksforening



3. APOTEKØKONOMI

OMSETNING I APOTEK

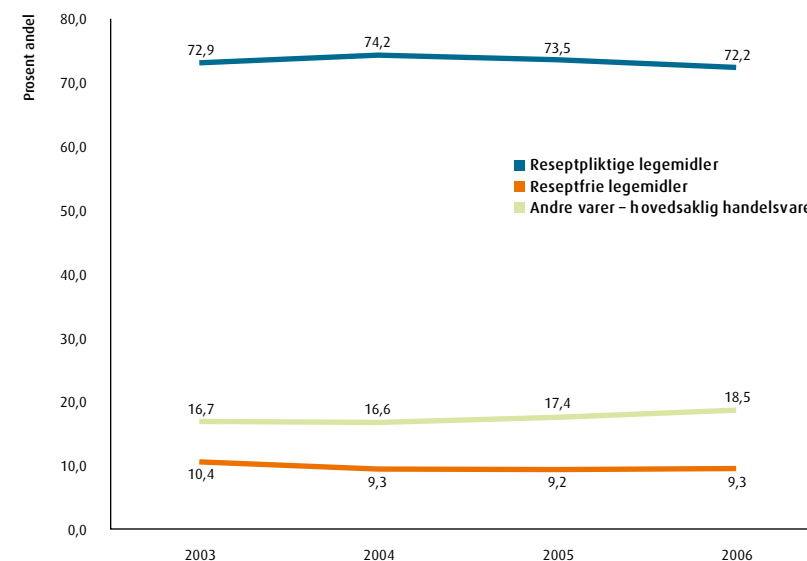
Apotekene hadde i 2006 en totalomsetning på vel 19,9 milliarder kroner inkl. merverdiavgift. Dette representerer en vekst på 3,1 prosent sammenlignet med 2005. For nærmere angivelse av omsetningens fordeling, se figur 3.1.

Gjennomsnittlig omsetning per apotek var i 2006 anslagsvis 35,4 millioner kroner, en reduksjon på 0,3 prosent sammenlignet med 2005. Til grunn for dette anslaget ligger gjennomsnittlig antall apotek i henholdsvis 2005 og 2006. At veksten i den gjennomsnittlige omsetningen er lavere enn veksten i totalomsetningen, henger sammen med at det ble 3,4 prosent flere apotek i 2006.

Legemidlenes andel av totalomsetningen i apotek har vist en nedadgående tendens etter 2004. I 2006 utgjorde legemidler 81,5 prosent av apotekenes totale omsetning. Til sammenligning var denne andelen 83,5 prosent i 2004. Som det fremgår av figurene 3.2 og 3.3, er det betydelige forskjeller i utviklingen mellom primærapotek og sykehusapotek. Produktgruppen Andre varer inkluderer forhandlingspliktig medisinsk utstyr og næringsmidler til spesielle medisinske formål.

	2006 mill kr	Prosent endring 2005–2006
Total omsetning i apotek, inkl. mva	19 943,8	3,1
Total omsetning i apotek, ekskl. mva	16 021,3	3,1
Gjennomsnittlig omsetning per apotek inkl. mva	35,4	-0,3
Gjennomsnittlig omsetning per apotek ekskl. mva	28,4	-0,4

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



Figur 3.1 Omsetning i alle apotek 2003–2006 fordelt på legemidler og andre apotekvarer



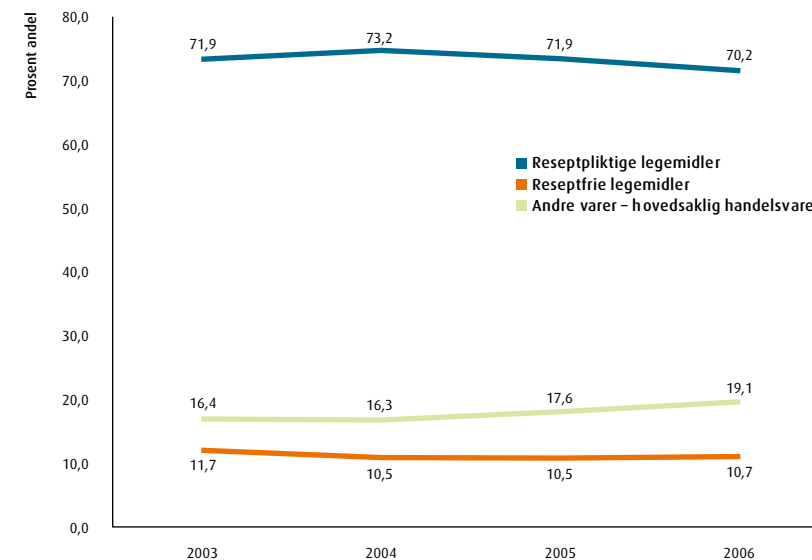
OMSETNING I APOTEK FORDLT PÅ PRIMÆRAPOTEK OG SYKEHUSAPOTEK

Tabell 3.2 viser at primærapotekene sto for 82,6 prosent av den totale omsetningen i apotek i 2006, en reduksjon fra 82,8 prosent i 2005. Sykehusapotekene hadde en sterkere vekst i omsetningen fra 2005 til 2006 enn primærapotekene, noe som i hovedsak skyldes veksten i salget av reseptpliktige legemidler til sykehus (se kapittel 4 for nærmere omtale). Ulik omsetningsvekst og etableringer av nye apotek i 2005 og 2006, forklarer forskjellene i utviklingen i den gjennomsnittlige omsetningen per apotek.

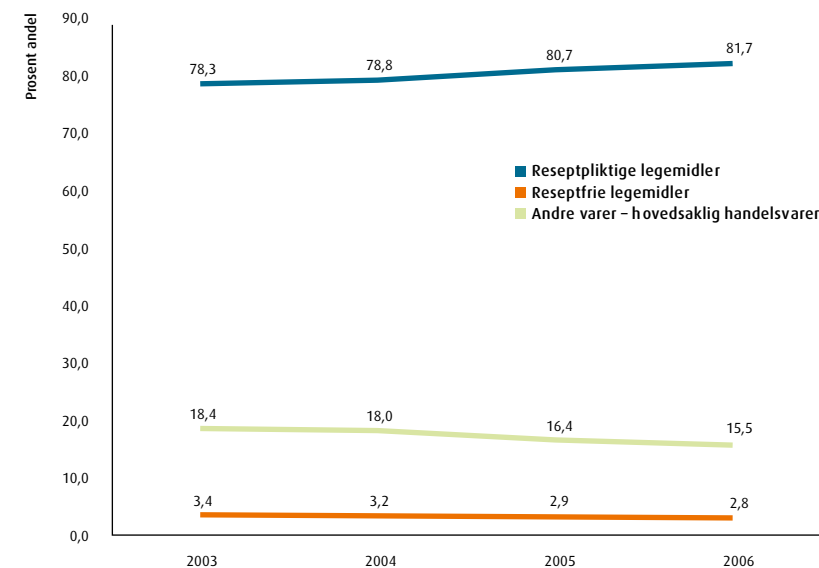
Det er også store forskjeller i sammensetningen av salget mellom primærapotek og sykehusapotek. Som figurene 3.2 og 3.3 viser, har sykehusapotekene en langt større andel knyttet til salg av reseptpliktige legemidler. Sykehusapotekene er bl.a. stilt overfor krav om at minst 80 prosent av omsetningen skal skje i tilknytning til sin oppdragsgiver, dvs. de statlige helseforetakene.

	2006 mill kr	Prosent endring 2005–2006	Prosentandel av total
Total omsetning i primærapotek, inkl. mva	16 477,3	3,0	82,6
Total omsetning i sykehusapotek, inkl. mva	3 466,5	4,0	17,4
Gjennomsnittlig omsetning per primærapotek inkl. mva	30,9	-0,6	
Gjennomsnittlig omsetning per sykehusapotek inkl. mva	111,8	2,3	

Tabell 3.2 Total og gjennomsnittlig omsetning fordelt på primærapotek og sykehusapotek (inkl. mva mill kr)



Figur 3.2 Omsetning i primærapotek 2003–2006 fordelt på legemidler og andre apotekvarer

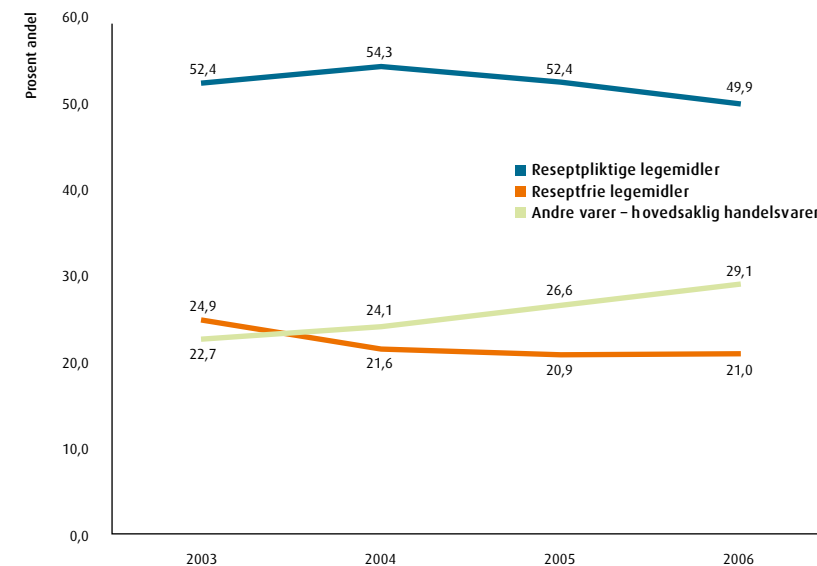


Figur 3.3 Omsetning i sykehusapotek 2003–2006 fordelt på legemidler og andre apotekvarer

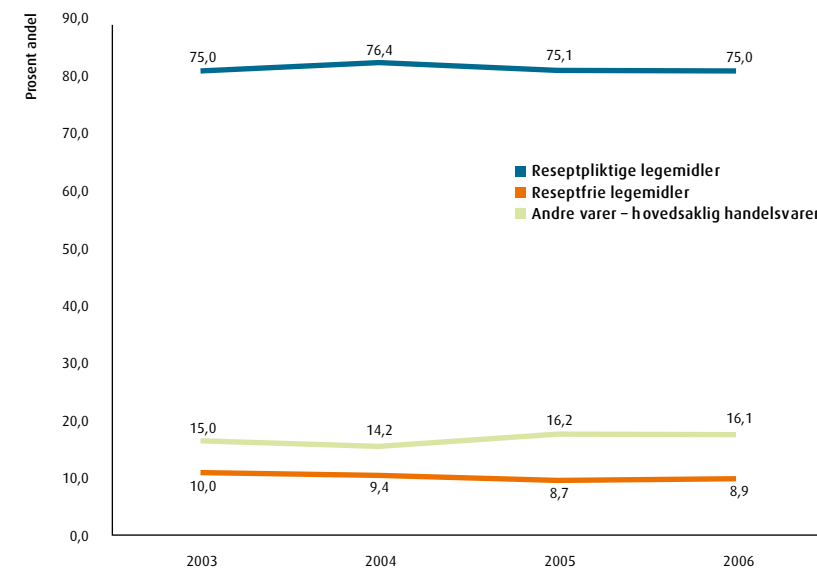
APOTEKENES BRUTTOFORTJENESTE

Nær tre fjerdedeler av apotekenes samlede omsetning stammer fra salg av reseptpliktige legemidler, jf figur 3.1. Dersom en dekomponerer apotekenes bruttofortjeneste etter samme fordeling, dvs differansen mellom apotekets utsalgspris (ekskl. mva) og innkjøpspris, finner en at reseptpliktige legemidler kun bidrar med i overkant av halvparten av apotekenes samlede bruttofortjeneste. Dette betyr at apotekenes fortjeneste i stor grad hentes fra andre apotekvarer enn legemidler.

Figurene 3.4 og 3.5 viser at det er betydelige forskjeller mellom primærapotek og sykehusapotek. Mens reseptpliktige legemidler kun bidrar med halvparten av bruttofortjenesten hos primærapotekene, er den tilsvarende andelen 75 prosent hos sykehusapotekene. Figur 3.4 viser også at andre apotekvarer enn legemidler står for en stadig økende andel av primærapotekenes samlede bruttofortjeneste.



Figur 3.4 Utvikling i primærapoteks bruttofortjeneste 2003–2006 fordelt på legemidler og andre apotekvarer



Figur 3.5 Utvikling i sykehusapotekenes bruttofortjeneste 2003–2006 fordelt på legemidler og andre apotekvarer



APOTEKENES VAREFORBRUK/ BRUTTOMARGIN ETTER RESEPTTYPE

Resepttype	Andel av omset-ning etter resept	Brutto-margin 2006	Prosent endring 2005-06
Blå resept*	75,8	15,8	6,3
Hvit resept	18,5	30,3	1,4
Total		18,4	3,4

Tabell 3.3 Apotekenes bruttomargin 2006 fordelt etter resepttype

*) For nærmere omtale av blåreseptordningen vises det til kapittel 9.

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:
Bruttomargin = 100 - vareforbruksprosenten.

Tabell 3.3 viser at apotekenes bruttomargin på legemidler som selges på resept ble styrket i 2006 sammenlignet med 2005.

Utviklingen i apotekenes bruttomargin på blå resept må ses i sammenheng med overføringen av finansieringsansvaret for TNF-hemmere fra folketrygden til de regionale helseforetakene fra 1. juni 2006, samt innføringen av trinnprissystemet fra 1. januar 2005 (se nærmere omtale av systemet i kapittel 6).

TNF-hemmere er svært dyre legemidler. Apotekenes bruttomargin på disse legemidlene (5,2 prosent) er langt lavere enn for en gjennomsnittlig blåreseptpakning. Siden de syv siste måneders omsetning av disse legemidlene i 2006 er trukket ut av blåreseptomsetningen, fremstår veksten i bruttomarginen høyere enn den reelt sett har vært. Overføringen har også bidratt til at den andelen som blåreseptene bidrar med til

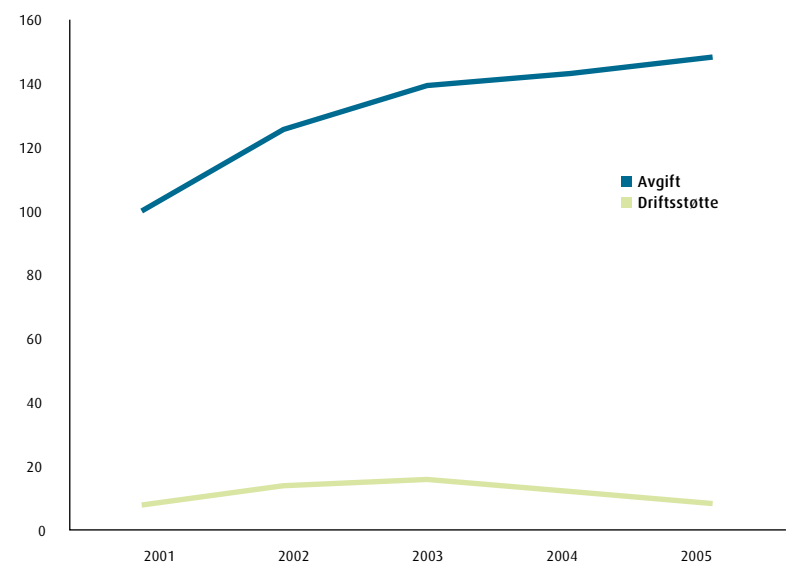
omsetningen, er redusert til 75,8 prosent fra 78,8 prosent i 2005 (se tabell 3.3).

Trinnprissystemet har bidratt til betydelig lavere priser på de legemidlene som er inkludert. Trinnprisene er regulert på AUP-nivå (apotekenes utsalgspris). Dersom apotekene har den samme kroneavansen på et trinnprislegemiddel som før prisfall, vil dette gi 2-7 ganger så høy bruttomargin uten at apotekets inntjening eller lønnsomhet er styrket. Trinnprissystemet omfatter en stadig større del av legemiddelomsetningen.

LEGEMIDDEL- OMSETNINGSavgift

Apotekene har i mer enn hundre år betalt en avgift til statskassen på sin legemiddelomsetning. Avgiften har historisk hatt som funksjon å dekke bl.a. nødvendig tilskuddsbehov i næringen. Avgiftsinntektene ble fram til 1997 plassert i det daværende apotekavgiftsfondet som skulle fungere som en buffer for svingende driftsstøttebehov i næringen. Fra 1. januar 2002 ble avgiftssystemet lagt om fra apotekavgiften, som var en progressiv avgift innkrevd på detaljistnivå, til en legemiddelavgift som er en flat avgift innkrevd på grossistnivå.

Avgiften innkreves av grossistene på vegne av staten, ved at avgiftsbeløpet tillegges på fakturaen til apoteket (1,3 prosent av innkjøpsverdien). Apotekene har ikke anledning til å kreve



Figur 3.6 Utvikling i legemiddelomsætningsavgift og driftsstøtte 2001–2005 (mill kr)

avgiften dekket av kunden, og må således dekke avgiftsbeløpet av apotekavansen. Det er anslått at apotekene vil betale om lag 150 millioner kroner i avgift for 2006.

Det har de senere år vært et betydelig og økende misforhold mellom avgiftsinngang og utgifter som avgiften opprinnelig var ment å dekke. Tabell 3.4 viser at apotekene har betalt inn nærmere 600 millioner kroner mer i avgift enn næringen har fått tilbake i form av driftstilskudd i perioden 2001 til 2005. Før 1997 ville overskuddet vært plassert i apotekavgiftsfondet og blitt øremerket legemiddelrelaterte formål, mens overskuddet nå i realiteten styrker Helse- og omsorgsdepartementets budsjett. I figur 3.6 er denne utviklingen fremstilt grafisk.

År	Legemiddelavgift	Driftsstøtte	Driftsstøttens andel (prosent)
2001	99 210,0	7439	7,50
2002	124 362,0	13 690	11,01
2003	137 850,0	15 335	11,12
2004	141 719,0	11 584	8,17
2005	146 757,0	8159	5,56
2001–2005	649 898,0	56 207	8,65

Tabell 3.4 Utvikling i legemiddelomsætningsavgift og driftsstøtte 2001–2005



MYNDIGHETENES FASTSETTELSE AV APOTEKENES AVANSE I DANMARK, FINLAND, NORGE OG SVERIGE¹

Felles for de nordiske landene er at legemiddelmyndighetene fastsetter legemidlenes innkjøpspris til apoteket (AIP), og hvilken avanse apotekene har anledning til å legge til sin innkjøpspris. I Norge representerer den myndighetsregulerte innkjøpsprisen det maksimale grossisten kan kreve for et legemiddel, slik at apotekets faktiske innkjøpspris kan være lavere. I de øvrige landene derimot vil den fastsatte innkjøpsprisen være fast og gjelde alle landets apotek. Med den regulerte apotekavansen vil følgelig utsalgsprisen på et legemiddel være lik i alle landets apotek i Danmark, Finland og Sverige, mens den i Norge kan variere under en maksimalpris avhengig av apotekenes innkjøpsbetingelser og konkurranseforhold.

Både i Sverige og Danmark gjennomføres det reelle forhandlinger og inngås avtaler om apotekenes rammevilkår mellom myndighetene og apotekenes representanter, ved henholdsvis Apoteket AB og Danmarks Apotekerforening. I avtalene er det angitt både forventninger og forpliktelser knyttet til de fremforhandlede

rammevilkårene gjennom avansen. Tilsvarende eller lignende prosesser er ikke gjennomført i Norge etter at forvaltningen av apotekvesenet ble overført til Statens legemiddelverk. Avansen vurderes og fastsettes nå ensidig av staten uten andre prosessuelle kjørerregler enn at Stortinget orienteres indirekte gjennom budsjettforutsetninger for folketrygdens legemiddelrefusjonskappittel. Det er heller ikke angitt noen materielle kriterier for fastsettelsen av avansen og hva den faktisk skal dekke, utover at den skal dekke kostnader apotekene har i forbindelse med lovpålagte oppgaver og plikter knyttet til resept- og varehåndtering.

De regulerte apotekavansene er for alle landene i hovedsak basert på et degressivt prosentpåslag avhengig av innkjøpsprisene og et fast kronetillegg.

¹ Kilde: Kompetansegruppe for statistikk og analyse (KAS) i Nordisk Apoteksforening

Apotekenes innkjøpspris (AIP)	Prosenttillegg	Kronetillegg per pakning	A/B preparat* – kronetillegg per solgte pakning
0–200	8,0	21,50	10,00
> 200	5,0		

Tabell 3.5 Maksimal apotekavanse for reseptpliktige legemidler i Norge (i norske kroner)

*) Legemidler som inneholder narkotiske og/eller psykotrope stoffer

Apotekenes innkjøpspris (AIP)	Apotekenes avanse
< 75,00	AIP x 0,20 + 31,25
< 75,01–300,00	AIP x 0,03 + 44,00
> 300,01–6000,00	AIP x 0,02 + 47,00
> 6000,01	167,00

Tabell 3.6 Apotekavansen i Sverige (i svenske kroner)

Apotekenes innkjøpspris (AIP)	Prosenttillegg	Kronetillegg	Utskrivningsprosent*	Reseptgebyr
AIP<=30	29,30	11,82	55	7,4
30<AIP=<60	22,60	13,82	55	7,4
AIP>60	16	17,82	55	7,4

Tabell 3.7 Apotekavansen i Danmark (i danske kroner)

*) Utskrivningsprosenten angir hvor mye av prosent- og kronetillegget som skal utløses ved avanseberegningen.

Apotekenes innkjøpspris (AIP)	Apotekenes avanse
0–9,25	AIP x 0,5 + 0,50
9,26–46,25	AIP x 0,4 + 1,43
46,26–100,91	AIP x 0,3 + 6,05
100,92–420,47	AIP x 0,2 + 16,15
> 420,48	AIP x 0,125 + 47,68

Tabell 3.8 Apotekavansen i Finland (i euro)

Prosent- og ”kronetilleggene” har ikke vært endret siden 11.12.2002.

AVANSEREGLER I NORGE

For reseptpliktige legemidler med markedsføringstillatelse i Norge er avansereglene som angitt i tabell 3.5.

For farmasøytiske spesialpreparater levert etter spesielt godkjenningsfritak, er tillegget 25 prosent av faktisk innkjøpspris og kronetillegget 35 kroner per pakning med evt. tillegg for A/B-preparater. Se kapittel 27 for nærmere omtale av ordningen.

Det er forskriftsfestet (jf legemiddelforskriften § 12-3) at dersom apotek oppnår lavere innkjøpspris enn fastsatt maksimal AIP, skal minst halvparten av differansen mellom maksimal AUP og den AUP som fremkommer ved at maksimale apotekavanser tillegges oppnådd AIP, tilfalle kunden (gevinstdelingsmodell).

Prosent- og kronetilleggene har stått i ro siden 2001. Tillegget for A-/B-preparater har stått uendret siden 1995.

Apotekene må dekke legemiddelomsetningsavgiften av apotekavansen (se omtale tidligere i dette kapitlet).

AVANSEREGLER I SVERIGE

Se tabell 3.6 for nærmere oversikt over avansereglene i Sverige.

Fra 1. januar 2004 ble avansestrukturen endret, med færre prisintervaller og større vekt på kronetillegg. Avansenivået er økt ved tre anledninger

siden 2003 bl.a. for å kompensere inntekstbortfallet som følge av generikareformen.

Svenske apotek betaler ikke legemiddel- eller apotekavgift. De har et avkastningskrav til staten, som konsekvens av at den svenske staten binder betydelig kapital gjennom sitt eierskap til apotekene. Som sådan stiller det seg ikke annerledes enn de avkastningskrav en hvilken som helst apotekeier har.

AVANSEREGLER I DANMARK

Nivået på den samlede bruttofortjeneste fastsettes i avtale mellom Indenrigs- og Sundhetsministeriet og Danmarks Apotekerforening. Någjelden av avtale er av 15. desember 2006 og gjelder for 2007 og 2008.

Som oppfølging av Medicintilskudsudvalgets rapport fra mai 2004 ble det besluttet å endre avansestrukturen i retning av en flatere struktur. Endringen skal skje ved en trinnsvis tilpasning over tre år fra 1. april 2005 til 1. april 2007. Apotekavansen ble satt ned med virkning fra 31. juli 2006, ved at kronetillegget ble redusert.

Se tabell 3.7 for nærmere oversikt over avansereglene som gjelder etter 31. juli 2006.

I likhet med norske apotek betaler også danske apotek særlige avgifter. Avgiftsstrukturen er kompleks. Den delen av avgiften som ikke går direkte tilbake til næringen, er på om lag samme nivå som den norske legemiddelavgiften.

AVANSEREGLER I FINLAND

Se tabell 3.8 for nærmere oversikt over avanse-reglene i Finland.

Alle apotek er pliktig å innbetale en apotekav-gift som beregnes ut fra det enkelte apoteks legemiddelomsetning til publikum. Avgiften utgjør i størrelsesorden 6–11 prosent av legemid-delomsetningen. Primærapotek betaler til staten, mens universitetsapotekene betaler til sine eiere - universitetene. Apotekavgiften innbringer mer enn 120 millioner euro til staten hvert år.

NIVÅET PÅ APOTEKAVANSENE I DANMARK, SVERIGE, NORGE OG FINLAND

Tabell 3.9 viser hvor stor apotekets avanse blir i de ulike landene for gitte innkjøpspriser, ved anvendelse av de ulike landenes avanseregler.

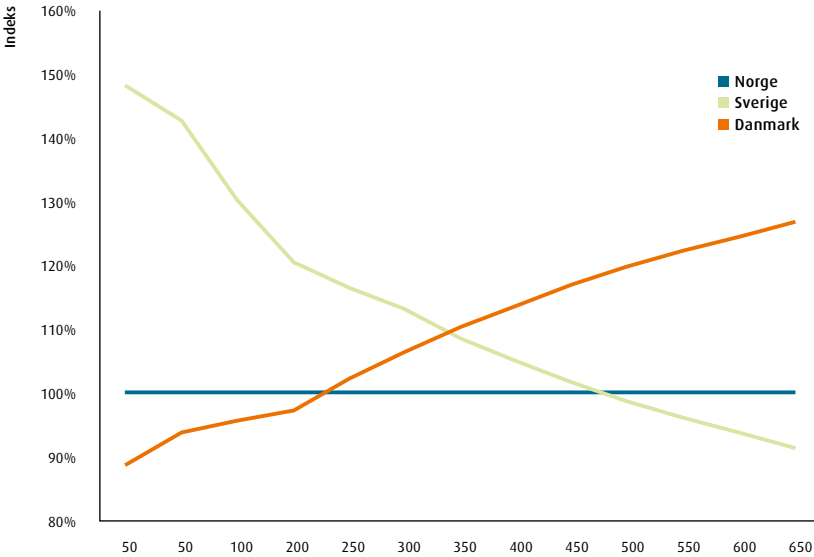
For å få et relevant sammenligningsgrunnlag, må en i tillegg se hen til avgiftsbelastningen på apotekene i de respektive landene. Siden finske apotek betaler i størrelsesorden 120 millioner euro i avgift, er netto avanse etter avgift betyde-lig lavere enn det som fremgår av tabellen. Av-giftsbelastningen på apotek i Norge og Danmark antas å være omtrent lik, mens svenske apotek ikke betaler noen form for avgifter.

En gjennomsnittlig norsk reseptpliktig legemid-delpakning og en gjennomsnittlig blåreseptpak-

ning har innkjøpspriser på henholdsvis 213 og 291 kroner. Ved å legge svenske og danske avanseregler på de samme innkjøpsprisene viser tabellen at de norske apotekavansereglene gir avansekroner på nivå med de danske og mindre enn de svenske.

I figur 3.7 vises den prosentuelle forskjellen i avansekronene for gitte innkjøpspriser grafisk.

Figuren viser at de svenske avansereglene gir høyere avanse enn norske for legemidler med innkjøpspriser lavere enn 500 kroner. Likeledes gir danske avanseregler høyere avanse enn de norske for alle legemidler med innkjøpspris på i overkant av 200 kroner og høyere.



Figur 3.7 Apotekavanse i prosent for ulike innkjøpspriser med bruk av de ulike avansereglene i de ulike nordiske landene (omregnet til norske kroner, Norge=100)

Innkjøpspris	Norge	Sverige	Danmark	Finland
50	25,5	37,8	22,6	29,1
100	29,5	42,1	27,6	51,7
150	33,5	43,6	32,0	71,7
200	37,5	45,1	36,4	91,7
250	40,0	46,6	40,8	111,7
300	42,5	48,1	45,2	131,7
350	45,0	48,8	49,6	151,7
400	47,5	49,8	54,0	169,4
450	50,0	50,8	58,4	184,4
500	52,5	51,8	62,8	199,4
550	55,0	52,8	67,2	214,4
600	57,5	53,8	71,6	229,4
650	60,0	54,8	76,0	244,4

Tabell 3.9 Apotekavanse for ulike innkjøpspriser med bruk av de ulike avansereglene i de ulike nordiske landene (omregnet til norske kroner*)

*) Valutakurser 2. halvår 2006

DEL II
LEGEMIDDELMARKEDET



4. OMSETNING AV LEGEMIDLER
– HOVEDTALL

OMSETNINGEN AV LEGEMIDLER FORDELT PÅ RESEPTTYPER

Omsetningsveksten for reseptpliktige legemidler fra 2005 til 2006 var 1,2 prosent, noe som er lavt sammenlignet med det årlige gjennomsnittet de siste årene.

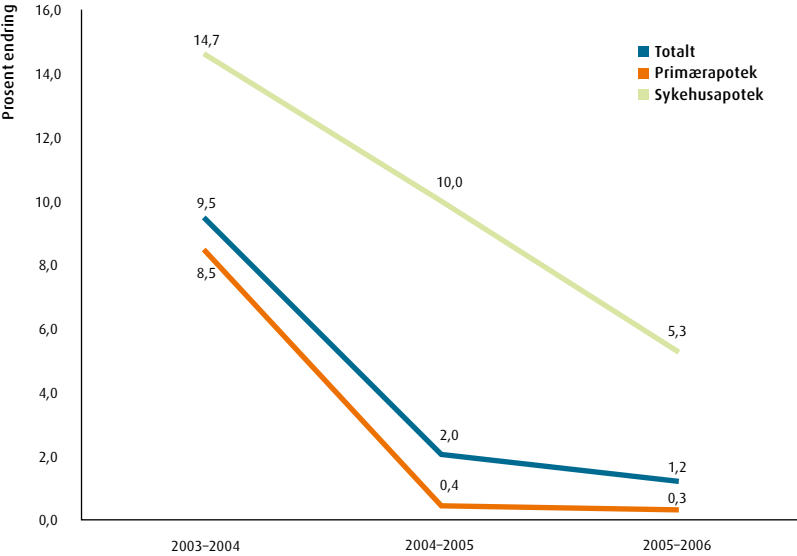
Den lave omsetningsveksten i Norge gjelder særlig for primærapotekene. Mens det for primærapotek har vært nær 0-vekst de to siste årene, har sykehusapotekene hatt en omsetningsvekst på hhv 10 prosent fra 2004 til 2005

og 5,3 prosent fra 2005 til 2006 (se figur 4.1). Dette skyldes i hovedsak at det i liten grad introduseres nye legemidler for bruk utenom sykehus, mens det innen spesialisthelsetjenesten i større grad tas i bruk nye, ofte kostbare legemidler. Den samlede omsetningen målt i definerte døgndoser (DDD) økte med 3,6 prosent. Trenden der sykehusapotekene har en betydelig sterkere vekst i legemiddelomsetningen enn primærapotek, har vart i flere år.

	2006 mill kr inkl. mva	2006 mill kr ekskl. mva	Prosent- andel	Prosent endring 2005–2006
Reseptpliktige legemidler med markedsføringstillatelse	14 080,7	11 266,6	86,6	1,2
Legemidler uten norsk markedsføringstillatelse	312,8	250,6	1,9	7,7
Reseptfrie legemidler	1 860,2	1 488,8	11,5	4,9
Totalt*	16 253,8	13 006,0	100,0	1,7

Tabell 4.1 Omsetning av legemidler* inkl. og ekskl. mva (mill kroner)

*) Omfatter alle produkter som er klassifisert som legemidler, herunder en rekke legemidler/ produkter som ikke har ATC-kode. Tallene avviker fra tabellene 4.2–4.4 og 7.1 i kapittel 7 som bare omfatter legemidler med ATC-kode (se kapittel 10 om ATC-klassifisering).



Figur 4.1 Omsetningsutvikling for reseptpliktige legemidler 2003–2006 (ekskl. mva)



OMSETNING AV
LEGEMIDLER I HENHOLD TIL
ATC-KLASSIFIKASJONER

ATC-klassifikasjonssystemet er et internasjonalt (Anatomical Therapeutic Chemical) klassifikasjonssystem for legemidler, anbefalt av WHO. Systemet er hierarkisk, og legemidlene er klassifisert ned til substansnivå (virkestoff). Det vises til kapittel 10 for nærmere omtale av ATC-klassifikasjonssystemet.

Tallene omfatter ATC-klassifiserte legemidler til human bruk. Legemidler til bruk hos dyr, naturlegemidler, homøopatiske og antroposofiske legemidler m.v. som selges reseptfritt, er ikke inkludert.

Den største hovedgruppen er ATC-gruppe N Nervesystemet, hvor omsetningen målt i verdi var på i underkant av 3,3 milliarder kroner etterfulgt av ATC-gruppe C Hjerte og kretsløp med en omsetning på nær 2,4 milliarder kroner. Det er fortsatt en reduksjon i omsetning målt i verdi for ATC-gruppe C til tross for en sterkere vekst i forbruket målt i DDD. Dette har sammenheng med at trinnprissystemet har bidratt til en betydelig reduksjon i prisen for flere legemidler med stor omsetning innenfor denne gruppen.

ATC-gruppe L Midler til behandling av kreft og immunrelaterte sykdommer har hatt den største økningen i omsetning for humane legemidler. Det har sammenheng med en sterk økning i salget av Enbrel (etanercept), Remicade (infliximab) og Humira (adalimumab).

Når det gjelder omsetningen av legemidler etter resept fordelt etter ATC-klassifikasjonssystemet, vises det til Del IV Omsetning av reseptpliktige legemidler i Norge – detaljert statistikk.

ATC 1. nivå	Hovedgrupper	2006 mill kr	Prosent endring 2005–2006	2006 mill DDD	Prosent endring 2005–2006
A	Fordøyelsesorganer og stoffskifte	1 860,0	1,2	431,4	0,7
B	Blod og bloddannende organer	780,0	6,1	201,8	2,2
C	Hjerte og kretsløp	2 349,3	-4,7	709,7	7,6
D	Dermatologiske midler	429,8	-0,7	2,7	4,2
G	Urogenitalsystem og kjønnshormoner	845,1	2,4	163,9	2,9
H	Hormoner til systemisk bruk, ekskl. kjønnshormoner og insulin	387,1	1,2	67,8	2,9
J	Antiinfektiva til systemisk bruk	805,1	4,6	32,8	2,8
L	Antineoplastiske og immunmodulerende midler	2 331,9	15,7	20,5	9,2
M	Muskler og skjelett	661,6	-11,2	96,2	3,7
N	Nervesystemet	3 293,2	-0,9	336,5	2,4
P	Antiparasitære midler, insekticider og insektmidler	55,1	5,1	1,4	-1,7
R	Respirasjonsorganer	1 706,5	-1,4	272,5	1,9
S	Sanseorganer	379,6	5,6	28,7	0,1
V	Varia	159,5	-3,3	0,2	15,9
Totalt		16 043,7	1,3	2 366,0	3,6

Tabell 4.2 Omsetning av legemidler i henhold til ATC-hovedgrupper (mill kroner og mill DDD)

	ATC 5. nivå	Virkestoff	Merkenavn Eksempler	2006 mill kr	Prosent endring 2005– 2006	2006 mill DDD	Prosent endring 2005– 2006
1	L04AA11	Etanercept	Enbrel	429,0	15,6	1,1	20,3
2	C10AA05	Atorvastatin	Lipitor	376,4	-31,5	86,1	-16,3
3	A02BC05	Esomeprazol	Nexium	341,3	8,0	26,9	18,9
4	R03AK06	Salmeterol og andre midler ved obstruktiv lunnesykdom	Seretide	340,8	-3,3	20,3	0,1
5	C10AA01	Simvastatin	Zocor	268,4	57,2	142,6	62,2
6	L04AA12	Infliximab	Remicade	245,3	21,3	1,1	22,6
7	N02BE01	Paracetamol	Pinex, Pano- dil, Paracet	229,1	-0,1	33,5	1,5
8	N05AH03	Olanzapin	Zyprexa	201,3	1,0	4,6	2,4
9	R03AK07	Formoterol og andre midler ved obstruktiv lunnesykdom	Symbicort	191,4	1,5	11,0	4,9
10	C07AB02	Metoprolol	Selo-Zok	190,7	1,4	39,7	6,3
11	C09DA01	Losartan og diuretika	Cozaar Comp	165,6	-0,5	20,4	4,3
12	L04AA17	Adalimumab	Humira	163,2	34,1	0,4	37,6
13	N07BA01	Nikotin	Nicotine, Nicorette	157,2	15,0	5,7	13,7
14	N02AA59	Kodein, kombinasjo- ner ekskl. psykoleptika	Paralgin Forte, Pinex Forte	149,0	-2,1	21,3	-1,0
15	N06AB10	Escitalopram	Cipralax	138,9	6,7	21,1	20,9
16	H01AC01	Somatropin	Genotropin, Humatrope	138,7	-1,9	0,6	4,1
17	L02BB03	Bikalutamid	Casodex	136,1	4,7	3,0	7,3
18	M01AE01	Ibuprofen	Ibux	135,5	4,9	20,2	6,8
19	L03AB07	Interferon beta-1a	Avonex, Rebif	129,4	6,8	1,0	17,2
20	N06AX16	Venlafaxin	Efexor	129,3	3,8	10,4	8,7
21	N03AX09	Lamotrigin	Lamictal	120,2	-2,9	3,7	25,0
22	A10AC01	Insulin(human)	Actrapid	120,1	-7,5	13,1	-4,1
23	N02CC01	Sumatriptan	Imigran	114,6	-24,9	2,3	2,5
24	N06DA02	Donepezil	Aricept	106,9	-4,9	3,8	0,3
25	C09CA06	Kandesatan	Atacand	104,5	10,7	21,3	20,3
Sum 25				4 822,9	1,9	515,1	12,5
Totalt alle				16 043,7	1,3	2 366,0	3,6

Tabell 4.3 De 25 mest omsatte virkestoffene rangert etter verdi i 2005 (mill kr og mill DDD)



DE 25 MEST OMSATTE VIRKESTOFFER ETTER VERDI

Ut fra tabell 4.3 kan det leses at for 24 av de 25 mest omsatte virkestoffene var gjennomsnittsprisen per DDD lavere i 2006 enn i 2005.

Enbrel (etanercept) er det største legemidlet i Norge målt i omsetningsverdi. Omsetningen har økt med 237 prosent fra 2003. Enbrel omsatte sammen med de andre TNF-hemmerne med høy omsetning, Remicade (infliximab) og Humira (adalimumab), for 832,4 millioner kroner i 2006, en vekst på 238,4 prosent målt mot omsetningen i 2003. Forbruket målt i omsatte DDD, viser en vekst på 189 prosent i samme periode. Dette er kostbare legemidler som kan brukes ved leddgikt når man ikke når behandlingsmålene med andre legemidler, og er den legemiddelgruppen med sterkest vekst målt i både verdi og forbruk. Finansieringsansvaret for disse legemidlene ble overført fra folketrygghens blåreseptordning til de regionale helseforetakene fra 1. juni 2006.

Lipitor (atorvastatin), som toppet listen i 2005, har falt ned til andre plass. Den kraftige omsetningsreduksjonen på 31,5 prosent fra 2005 må ses i sammenheng med ordningen med foretrukket legemiddel som ble innført fra 1. juni 2005. Denne ordningen har samtidig bidratt til at

simvastatin igjen er et "topp fem"-legemiddel, med en omsetningsvekst på 57,2 prosent i 2006 (se nærmere omtale under kapittel 14).

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

Fosamax (alendronsyre) som fikk generisk konkurranse i desember 2005 har falt ut av listen. Imigran (sumatriptan) som fikk generisk konkurranse våren 2006 har falt fra 12. til 23. plass i 2006. Virkestoffene er inkludert i trinnprissystemet (se kapittel 6 for nærmere omtale), noe som har bidratt til reduksjon i prisene og en betydelig reduksjon i omsetningen målt i kroner fra 2005 til 2006, selv om forbruket i doser øker.

Paracetamol, som hadde en omsetningsreduksjon fra 2003 til 2004 på 25,6 prosent, har siden hatt en stabil omsetningsutvikling i apotek. Salget av røykeavvenningsmidler (nikotinholdige legemidler) målt i kroner har økt med 15 prosent i apotek. Både paracetamol og nikotinholdige preparater kan selges utenom apotek i utvalgte pakningsstørrelser.



Fylke	2006 mill kr	Prosent endring 2005–2006	Kroner per innbygger	Prosent av landsgj.snitt Kr pr. innb.	2006 mill DDD	Prosent endring 2005–2006	DDD pr. 1000 innb./ døgn 2006
Hedmark	704,2	-0,6	3 735	108,0	115,8	3,9	1 683,6
Østfold	976,0	1,1	3 748	108,4	152,5	4,2	1 604,6
Oppland	661,9	0,6	3 613	104,5	107,8	4,7	1 611,5
Nordland	837,2	1,4	3 544	102,5	128,5	2,2	1 490,3
Telemark	592,4	-0,3	3 566	103,1	91,7	2,7	1 511,8
Buskerud	847,6	-0,1	3 456	100,0	135,4	3,3	1 512,9
Vest-Agder	580,7	0,4	3 577	103,5	89,1	4,2	1 504,0
Aust-Agder	363,0	-0,7	3 488	100,9	55,8	2,4	1 468,4
Nord-Trøndelag	431,0	0,9	3 349	96,9	68,7	2,6	1 462,6
Vestfold	753,3	-1,0	3 392	98,1	116,1	3,0	1 432,1
Møre og Romsdal	836,4	1,1	3 414	98,7	125,3	3,4	1 400,8
Sogn og Fjordane	338,4	0,8	3 173	91,8	52,2	4,6	1 342,1
Oslo	2 226,8	3,3	4 136	119,6	260,3	1,2	1 324,8
Hordaland	1 488,2	1,1	3 288	95,1	214,9	4,5	1 300,7
Rogaland	1 269,1	2,7	3 192	92,3	187,6	4,2	1 292,5
Troms	561,5	2,6	3 656	105,7	71,6	3,7	1 277,0
Sør-Trøndelag	861,3	1,6	3 127	90,4	127,6	5,6	1 269,6
Finnmark	215,6	4,3	2 956	85,5	33,7	5,3	1 265,7
Akershus	1 499,2	1,4	2 992	86,5	231,4	4,9	1 265,2
Landet	16 043,7	1,3	3 458	100,0	2 366,0	3,6	1 397,0

Tabell 4.4 Omsetning av legemidler i kroner og DDD fordelt etter fylke (mill kroner og mill DDD), sortert etter DDD per 1000 innb./døgn.

OMSETNING ETTER FYLKE

Som det fremgår av tabell 4.4 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.

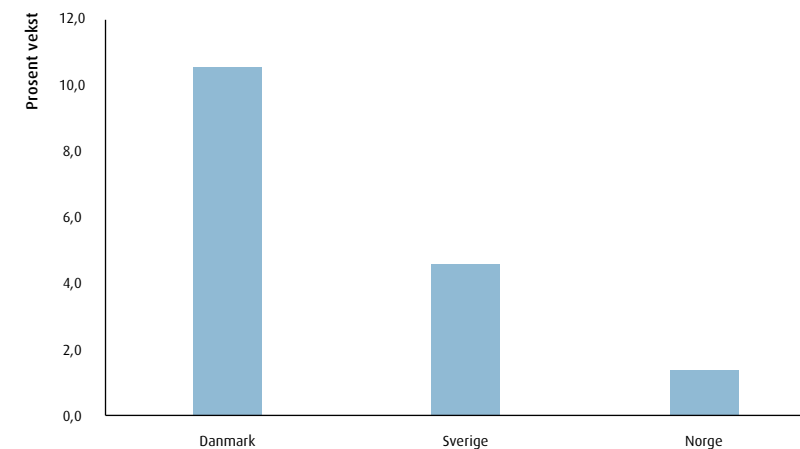
Befolkningen i Oslo har det høyeste forbruket av legemidler dersom en måler i kroner per innbygger, mens forbruket målt i DDD ligger under landsgjennomsnittet. Dette kan antakelig forklares med at Oslo har en større sykehusetthet enn de øvrige fylkene, og at kostnaden per legemiddelbehandling i spesialisthelsetjenesten er høyere enn i primærhelsetjenesten.

Befolkningen i Hedmark har det høyeste forbruket dersom en måler forbruket i DDD. I Finnmark er det størst vekst fra 2005 til 2006, målt i kroner. Finnmark har tradisjonelt hatt det laveste forbruket av legemidler både målt i kroner og DDD, men i 2006 er det Akershus som har det laveste forbruket målt i DDD. Akershus-tallene må imidlertid sees i lys av at fylket trolig har en viss handelslekkasje til Oslo også når det gjelder legemidler.



UTVIKLINGEN I OMSETNING AV LEGEMIDLER I SVERIGE OG DANMARK

Omsetningen av reseptpliktige legemidler i Norge vokste med kun 1,4 prosent de tre første kvartalene i 2006. Denne utviklingen skiller seg fra både Danmark og Sverige. Danmark hadde en vekst i legemiddeldomsetningen i samme periode i 2006 på hele 10,6 prosent. I Sverige var veksten på 4,6 prosent i samme periode (se figur 4.2). Det er flere årsaker til de store forskjellene mellom Norge, Sverige og Danmark. I Norge har man hatt en negativ prisutvikling på legemidler sett under ett, bl.a. på grunn av sterkt prisfall på generiske legemidler og myndighetenes årlige prisrevisjon på legemidler. Den lave omsetningsveksten kan trolig også forklares med at introduksjonen av nye og dyre legemidler har hatt lite gjennomslag i primærhelsetjenesten de senere årene, i tillegg til at forbruksveksten målt i DDD har vært relativt lav. I Danmark har legemiddelforbruket økt betraktelig.



Figur 4.2 Omsetningsutvikling i kroner for reseptpliktige legemidler i Norge, Sverige og Danmark i 2006



5. LEGEMIDDELPRISER

OFFENTLIG REGULERING AV LEGEMIDDELPRISER I NORGE

I likhet med de fleste europeiske land regulerer også norske myndigheter utsalgsprisene på reseptpliktige legemidler fra apotek (AUP). Den viktigste begrunnelsen for dette er å skjerme samfunnet og befolkningen mot urimelig høye legemiddelutgifter som følge av at vilkårene for priskonkurranse er dårligere i legemiddelmarkedet enn i de fleste andre markeder.

Viktigst i denne sammenheng er mangelen på konkurrerende alternativer i den perioden et legemiddel er patentbeskyttet, kombinert med systemet med tredjepartsfinansiering. Det siste fører til lav prisfølsomhet, ettersom den som betaler legemidlet (folketrygden via refusjonsordningen) er en annen enn den som bestemmer legemiddelbruken (legen), som igjen er en annen enn brukeren.

Det er imidlertid variasjoner i hvilke regulerings tiltak de ulike landene har tatt i bruk for å sikre lavere priser, spesielt regulering av pris for reseptfrie legemidler og generiske legemidler hvor det er større grunnlag for priskonkurranse.

Hovedprinsippene i dagens norske prissystem 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. Fra 1.1.2002 ble maksimalprisreguleringen for legemidler til dyr og apotektilvirkede legemidler opphevet. 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. Deretter 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 fastsettning 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".

Reglene for prisfastsettelse er ikke endret til tross for at legemiddelforsyningskjeden er totalt endret de siste årene. En sentral politisk begrunnelse for dereguleringen av apotekvesenet i 2001 var ønsket om å utjevne maktforholdene i legemiddelforsyningskjeden. Gjennom horisontal integrasjon av apotek i kjeder og vertikal integrasjon med grossist har apotekene styrket sin forhandlingsposisjon overfor legemiddelindustrien betydelig, og den opprinnelige begrunnelsen for AIP-regulering er dermed bortfalt.

Det vises til kapittel 6 for nærmere omtale av det norske prissystemet – trinnprissystemet – for legemidler med generisk konkurranse.

Gjennomsnittlig pris per pakning	Desember 2006	Prosent endring 2005–2006
Blå resept*	417,5	-10,0
Hvit resept	133,6	-1,5

Tabell 5.1 Gjennomsnittlig pris per pakning etter resepttype

*) Avvikler fra tidligere års publikasjoner. Omfatter her kun refunderte legemidler med ATC-kode og ikke andre refusjonsberettigede produkter

GJENNOMSNITTSPRISER PER RESEPTTYPE

I desember 2006 kostet en legemiddelpakning på blå resept i gjennomsnitt 417,50 kroner inkl. mva ut fra apoteket. Tilsvarende legemiddelpakning kostet 463,70 kroner i desember 2005. Denne reduksjonen kan hovedsakelig forklares med overføringen av finansieringsansvaret for TNF-hemmere fra folketrygden til de regionale helseforetakene fra 1. juni 2006, prisseffekter av trinnprissystemet og myndighetenes prisrevisjon (se nærmere omtale i kapittel 5 og 6). For en slik gjennomsnittspakning får apoteket en bruttoavanse på 42,10 kroner, hvorav 3,80 kroner må betales til staten i form av legemiddelavgift. I tillegg utgjør merverdiavgiften 83,50 kroner.

Tilsvarende kostet en legemiddelpakning på hvit resept i gjennomsnitt 133,60 kroner inkl. mva. Tilsvarende legemiddelpakning kostet 135,60 kroner i desember 2005. Gjennomsnittspakningen har følgelig blitt 1,5 prosent billigere, som skyldes myndighetenes prisrevisjon. For en slik pakning får apoteket en bruttoavanse på 27,80 kroner, hvorav 1,- krone må betales til staten i form av legemiddelavgift. I tillegg utgjør merverdiavgiften 26,70 kroner.

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

Som det fremgår av tabell 5.2 er gjennomsnittsprisen for 24 av de 25 mest omsatte reseptpliktige virkestoffene lavere (nominelt) i desember 2006 sammenlignet med samme måned året før. Remicade (infliximab), som hadde en marginal økning på 0,1 prosent, selges til sykehus og er omfattet av Legemiddelinnkjøpssamarbeidets (LIS) rabattavtaler med leverandørene.

Prisfallet for virkestoffet sumatriptan (Imigran) gjenspeiler at Imigran har mistet sin patentbeskyttelse og ble innlemmet i trinnprissystemet fra 1. juni 2006. For de øvrige virkestoffene har det vært prisendringer, i hovedsak som følge av de årlige revisjonene av maksimalprisene som Statens legemiddelverk gjennomfører.

	ATC 5. nivå	Virkestoff	Merkenavn Eksempler	Gj.snittspris per DDD desember 2006	Prosent endring 2005–2006
1	L04AA11	Etanercept	Enbrel	386,8	-4,9
2	C10AA05	Atorvastatin	Lipitor	4,1	-18,5
3	A02BC05	Esomeprazol	Nexium	12,0	-10,7
4	R03AK06	Salmeterol og andre midler ved obstruktiv lungesykdom	Seretide	16,5	-4,3
5	C10AA01	Simvastatin	Zocor	1,9	-2,5
6	L04AA12	Infliximab	Remicade	219,7	0,1
7	N05AH03	Olanzapin	Zyprexa	43,7	-1,2
8	R03AK07	Formoterol og andre midler ved obstruktiv lungesykdom	Symbicort	17,1	-3,4
9	C07AB02	Metoprolol	Selo-Zok	4,7	-6,4
10	C09DA01	Losartan og diuretika	Cozaar Comp.	8,1	-5,5
11	L04AA17	Adalimumab	Humira	405,7	-3,4
12	N02AA59	Kodein, kombinasjoner ekskl. psykoleptika	Paralgin Forte, Pinex Forte	6,9	-1,4
13	N06AB10	Escitalopram	Ciprallex	6,6	-11,7
14	H01AC01	Somatropin	Genotropin, Humatrope	221,0	-3,9
15	L02BB03	Bikalutamid	Casodex	44,7	-3,4
16	L03AB07	Interferon beta-1a	Avonex, Rebif	124,9	-8,5
17	N06AX16	Venlafaxin	Efexor	12,4	-4,7
18	A10AC01	Insulin(human)	Actrapid	9,0	-4,5
19	N03AX09	Lamotrigin	Lamictal	31,8	-23,0
20	N02CC01	Sumatriptan	Imigran	46,8	-32,0
21	N06DA02	Donepezil	Aricept	28,0	-5,3
22	C09CA06	Kandesatan	Atacand	4,8	-9,8
23	C09CA01	Losartan	Cozaar	6,8	-7,4
24	B01AC06	Acetylsalisylsyre	Albyl-E	0,9	-0,1
25	G04BD07	Tolterodin	Detrusitol	16,1	-3,5

Tabell 5.2 Prisutvikling (pris per DDD)for de 25 mest omsatte reseptpliktige virkestoffene i kroner for 2005–2006



LEGEMIDDELPRISER I DE NORDISKE LANDENE

KORT OM LEGEMIDDELPRISER GENERELT I DE NORDISKE LANDENE

Norge

I Norge fastsetter Statens legemiddelverk maksimale priser som beskrevet innledningsvis i kapitlet. Full merverdiavgift på 25 prosent avkreves alt legemiddelsalg, slik at maksimalpris ut til kunden blir lik maksimal AIP tillegg apotekavanser pluss merverdiavgift. Apotekene kan konkurrere på pris, og fastsette en pris som er lavere enn maksimalprisen.

Sverige

Läkemedelsförmånsnämnden fastsetter priser og avanser på legemidler, stomiartikler og legemiddelsnære artikler som omfattes av refusjonsordningen (Läkemedelsförmånen). Legemiddelleverandørene kan søke om endring av sine priser månedlig (AIP-nivå). Tilsvarende kan Apoteket AB søke om økte avanser.

For legemidler (både reseptpliktige og reseptfrie) som ikke omfattes av refusjonsordningen, fastsetter leverandørene AIP og Apoteket AB



AUP. I praksis benytter Apoteket AB den samme avanseberegningsmodellen som for de refusjonsberettigede legemidlene.

Prisen på legemidler til allmennheten er den samme i hele landet. Dette gjelder for alle legemidler.

Det er ikke merverdiavgift på reseptpliktige legemidler i Sverige. På reseptfrie legemidler er det 25 prosent mva.

Danmark

Det er ingen rettslig bindende maksimalpriser på legemidler i Danmark. Myndighetene begrenser sine legemiddelutgifter gjennom refusjonsordningen (sygesikringsordningen). For legemidler som refunderes gjennom sygesikringsordningen, melder leverandører inn sine priser på AIP-nivå til Lægemedelstyrelsen. Leverandørene kan melde inn nye priser hver 14. dag. På bakgrunn av leverandørenes innmeldte priser fastsetter Lægemedelstyrelsen en tilskuddspris. Tilskuddsprisen fastsettes på grunnlag av den laveste innmeldte prisen innenfor 14-dagersperioden. For legemidler med patentbeskyttelse vil tilskuddsprisen typisk være det billigste av et direkte/parallelimportert legemiddel, mens det for legemidler med generisk konkurranse vil være det legemidlet med lavest innmeldt pris innen en byttegruppe. Lægemedelstyrelsen fastsetter videre apotekenes avanse med basis i avtalen mellom Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Danmarks Apotekerforening om apotekbransjens samlede bruttofortjeneste. På grunnlag av fastsatt apotekavance beregner

Lægemedelstyrelsen utsalgsprisen. Det er 25 prosent merverdiavgift på legemidler i Danmark.

Finland

I prinsippet kan leverandørene fritt sette sine priser (på AIP-nivå). Priser på refunderbare legemidler må godkjennes av myndighetene. Dette innebærer at leverandørene forhandler med myndighetene om apotekenes innkjøpspris (AIP). Dersom de ikke kommer til enighet, faller legemidlet ut av refusjonssystemet, og leverandøren kan fritt sette sin pris (AIP).

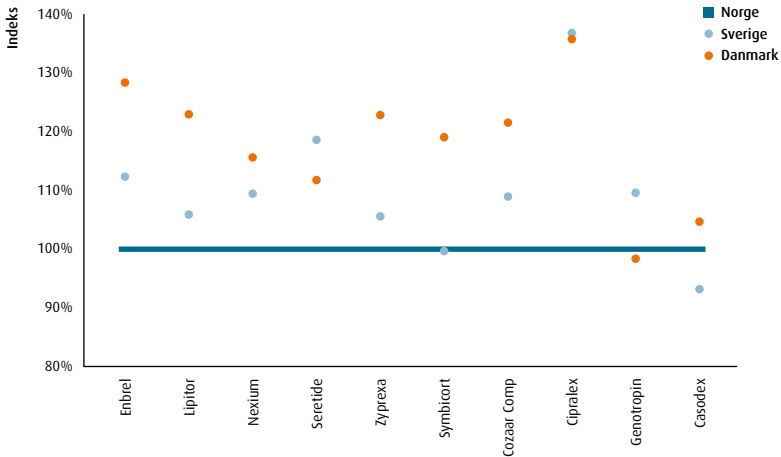
Apotekenes utsalgspris (AUP) beregnes ut fra fastsatte avansesatser. Dette omfatter alle legemidler, også reseptfrie legemidler som ikke refunderes. Apotekenes innkjøpspris for alle legemidler (både reseptpliktige og reseptfrie) skal være lik for alle apotek. Apotekene har anledning til å gi rabatter til sluttbrukere (kunde og refusjonsgivende instans). Apoteket må i slike tilfeller gi samme rabatt til alle. Apotekene har plikt til å gi krigsveteraner 10 prosent rabatt på legemidler som ikke er omfattet av refusjonssystemene.

I Finland er merverdiavgiften for alle legemidler satt til 8 prosent.

PRISER PÅ PATENTERTE LEGEMIDLER

I Apotek og legemidler 2006 ble det presentert undersøkelser fra Danmark som viste at legemiddelpriser i Norge er lave i europeisk sammenheng.

Apotekforeningen er ikke kjent med at det foreligger nye undersøkelser om forskjellen i prisnivå på



Figur 5.1 Priser på 10 patenterte legemidler med stor omsetning i Norge sammenlignet med priser i Sverige og Danmark, justert for valutakurs* og merverdiavgift (Apotekforeningen, 2006)

*) Valutakurser 2. halvår 2006

patenterte legemidler i Europa. Apotekforeningen har derimot selv sammenliknet prisene på 10 patenterte legemidler med stor omsetning etter resept i Norge målt etter omsetningsverdi med tilsvarende priser i Sverige og Danmark. Prisene er justert for valutakurs og merverdiavgift. Resultatet er sammenfattet i figur 5.1.

I grafen er prisene indekserte, og prisen i Norge er satt lik 100. Grafen viser at prisene i Norge på disse 10 patenterte legemidlene er lavere enn i Danmark og Sverige, med unntak av ett tilfelle i hvert av landene. Casodex er inkludert i forsøksordningen med arbeid på gråsonepreparater, og den reelle prisen i Norge er følgelig la-

vere enn den som forekommer i figuren. Denne undersøkelsen bekrefter tidligere års funn: Patenterte legemidler har lave priser i Norge.

PRISER PÅ IKKE-PATENTERTE LEGEMIDLER I NORGE, SVERIGE OG DANMARK

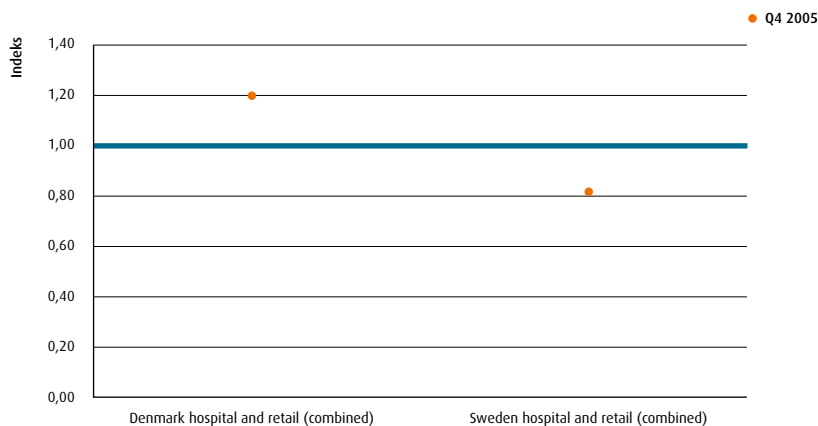
Under kapittel 4 i *Apotek og legemidler 2006* redegjorde Apotekforeningen for undersøkelser av priser på ikke-patenterte legemidler i et utvalg av land. Undersøkelsen ble utført av det internasjonale analysebyrået IMS Health på oppdrag fra Apotekforeningen. Disse undersøkelsene ga opphav til ytterligere oppdrag til IMS, med særlig henblikk på prisene i Sverige og Danmark.



Apotekforeningen fikk 7. mars 2006 overlevert en rapport fra IMS med oversikt over priser fra 4. kvartal 2005 på ikke-patenterte legemidler i Norge, Sverige og Danmark. Rapporten benytter tre forskjellige metoder for sammenlikning av priser. I alle metodene sammelikes like legemiddelformer og -styrker.

Ingen av metodene veier omsetningen på tvers av virkestoffene. Rapporten har således ingen metode som i ett tall sammenfatter prisnivået på ikke-patenterte legemidler i de ulike landene.

Metode 1 sammenlikner prisen på det mest solgte generiske alternativet i de ulike landene innenfor



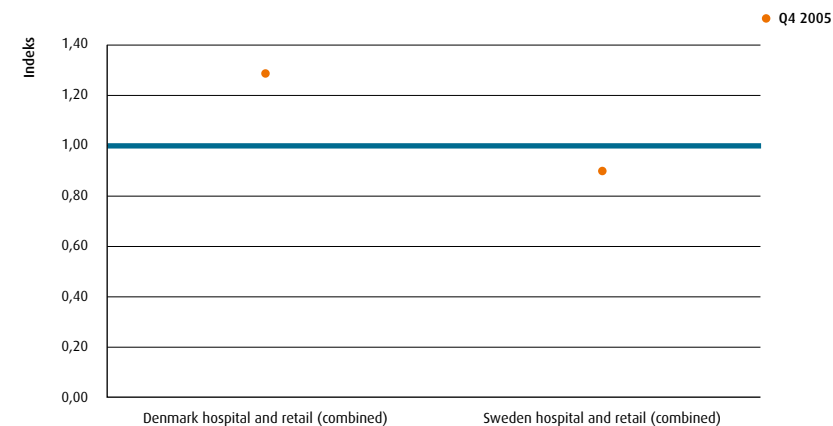
Figur 5.2 Prisen på det mest solgte generiske alternativet innenfor hvert virkestoff 4. kvartal 2005 i Norge, Sverige og Danmark (indeksert Norge=1)

hvert virkestoff. Originalproduktet ble således ekskludert fra sammenlikningen. Man sammenliknet samme form og styrke. Prisene ble sammenliknet på AIP-nivå¹. Resultatet er sammenfattet i figur 5.2.

Vi ser at den norske trinnprisen – markert ved den vannrette, blå linjen i grafen – er lavere enn prisen på det mest solgte generiske alternativet innenfor hvert virkestoff i Danmark i fjerde kvartal 2005, men høyere enn det mest solgte generiske alternativet i Sverige.

Metode 2 sammenlikner generiske priser (ekskl. originaler) veid etter omsetningsvolumer. Alternativer med høyt volum gis således større vekt i

¹ AIP = apotekenes innkjøpspris. Sammenlikning mellom land gjøres best på dette nivået, da land kan ha forskjellige maksimal-avansensnivåer og regler for merverdiavgift



Figur 5.3 Prisen på generiske legemidler veid etter omsetningsvolumer 4. kvartal 2005 i Norge, Sverige og Danmark (indeksert Norge=1)

sammenlikningen. Resultatet er sammenfattet i figur 5.3.

Med denne metoden fremstår det relative prisnivået i Norge som lavere enn ved metode 1.

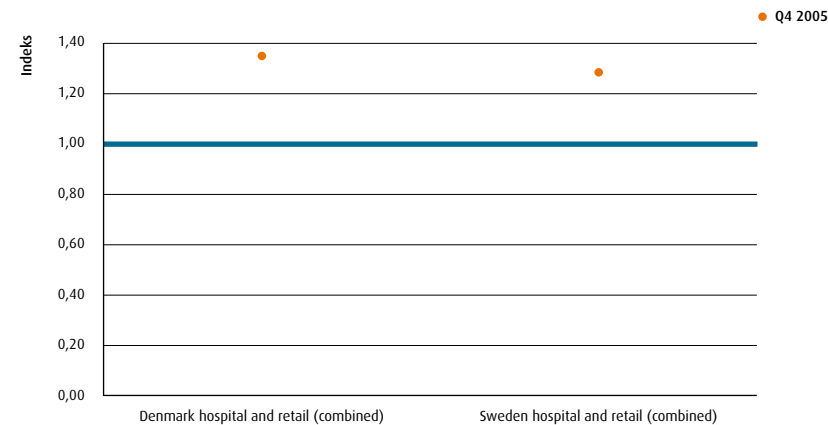
Metode 3 sammenlikner priser på både generiske alternativer og originaler, der alle er veid etter omsetningsvolumer. Resultatet er sammenfattet i figur 5.4.

Med denne metoden fremstår ikke-patenterte legemidler som billigere i Norge enn både i Sverige og i Danmark. Det må her legges til at en av årsakene til at prisnivået i Sverige målt ved denne metoden

fremstår som høyt, er at generisk konkurranse for enkelte legemidler intraff raskere i Norge enn i Sverige. Metoden fanger således opp i seg også tilfeller der pris på generisk konkurrent i Norge sammenliknes med originalproduktet i Sverige.

Det kan argumenteres for at metodene 2 og 3 er vesentlig mer hensiktsmessige enn metode 1, idet de gir et mer dekkende bilde av hva som faktisk betales for ikke-patenterte legemidler.

I metode 1 risikerer man at prisen innhentet i ett land dekker 80 prosent av etterspørselen, mens prisene det sammenliknes med, dekker for eksempel 20 prosent av etterspørselen.



Figur 5.4 Prisen på ikke-patenterte legemidler (generiske og originale) 4. kvartal 2005 i Norge, Sverige og Danmark (indeksert Norge=1)



De ulike metodene gir rom for ulike tolkninger. Med støtte i metode 1 kan man si at 17 av 21 legemidler med generisk konkurranse er billigere i Sverige enn i Norge. Med støtte i metode 2 kan man si at generiske legemidler er billigere i Norge enn i Danmark, men dyrere enn i Sverige. Metode 3 gir imidlertid støtte for å hevde at priser på ikke-patenterte legemidler er lavere i Norge enn både i Sverige og i Danmark. Forskjellen i konklusjon mellom metode 2 og 3 skyldes at man i metode 3 fanger opp at generisk konkurranse kan inntreffe raskere i Norge enn i Sverige.

Apotekforeningen har med utgangspunkt i metode 3 sett på hvordan utgiftene i Norge

ville ha vært med norsk forbruk og henholdsvis svenske og danske priser. Med danske priser ville utgiftene i Norge steget med 4 prosent, mens utgiftene ville ha steget med 25 prosent med svenske priser. Årsaken til at svenske priser ville ha gitt høyere utgifter i Norge er i hovedsak at flere produkter med stor omsetning ikke har generisk konkurranse i Sverige.

Det er verdt å merke seg at prisene i Danmark fluktuerer voldsomt. Dette må ses i sammenheng med at perioder med lave priser leder til at leverandører trekker seg av markedet. Eksempelvis kan nevnes at det i den perioden IMS nå har sett på, bare var én gjenstående leverandør av det

blodtrykksenkende midlet ramipril i Danmark. Tilskuddsprisen på ramipril steg med 644 prosent i denne perioden.

Det er store prisforskjeller i alle retninger mellom landene. Ramipril er for eksempel ca 20 ganger dyrere i Danmark enn i Sverige. Man kan også finne eksempler der svenske priser er mer enn dobbelt så høye som danske priser. Likeledes kan man finne svenske og danske priser som er 8 ganger høyere enn norske priser, og tilfeller der norske priser er 10 ganger så høye som svenske priser.



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

Tabell 6.1 Prisreduksjoner i trinnprissystemet i 2006

TRINNPRISSYSTEMET – PRIS-SYSTEM FOR LEGEMIDLER MED GENERISK KONKURRANSE

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 i markedet 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 under egne navn som inneholder det samme virkestoffet. 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 januar 2007 er det 13 leverandører som har markedsføringsstillatelse for salg av konkurrerende simvastatinlegemidler i Norge. For virkestoffer med lavere omsetning er det langt færre leverandører og mindre konkurranse.

Fra 1. januar 2005 er det innført et nytt prissystem, trinnprissystem, for legemidler med generisk konkurranse. Før dette hadde myndighetene i mange år forsøkt å etablere systemer og ordninger som skulle utløse prisfall på legemidler som har gått av patent, uten at dette hadde lyktes nevneverdig. Inntil 1. januar 2007 var trinnprissystemet basert på avtale mellom staten, apotekene og grossistene (grossistgarantien).

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 millioner kroner for patenttiden gikk ut.

Det fastsettes en trinnpris per byttegruppe, 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

	AUP	Pasientens egenandel	Folke-trygdens refusjon	Pasientens egenandel + ekstrabetaling ved reservasjon
Originalt legemiddel før patentutløp	1000	360	640	360 + 0 = 360
Trinnpris med 30 prosent prisreduksjon	700	252	448	252 + 300 = 552
Trinnpris med 70 prosent prisreduksjon	300	108	192	108 + 700 = 808

Tabell 6.2 Regneeksempel

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”-trinnpris. Tilsvarende plikter apotekene å tilby minst én pakning til trinnpris overfor sine kunder. Dersom kundene selv velger et legemiddel med en pris høyere enn trinnpris, må forskjellen mellom trinnpris og legemidlets pris 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 (se tabell 6.2 Regneeksempel).

Fra 1. januar 2007 har staten ensidig endret antall trinn og satser i trinnprissystemet. Antall trinn er redusert fra tre til to, dvs. at toppsatsen inntreir etter 6 måneder. Toppsatsene for prisreduksjoner er økt til 55 prosent av utgangsprisen for legemidler med omsetning mindre enn 100 millioner kroner før inkludering, og 75 prosent av utgangsprisen for legemidler med mer enn 100 millioner kroner for inkludering. Kuttsetsen for simvastatin er økt til 85 prosent av utgangsprisen, dvs. en halvering av prisen fra 2006.

Da trinnprissystemet ble innført, ble det ledsaget av en såkalt grossistgaranti, som bl.a. innebar at grossistene påtok seg den økonomiske risikoen

dersom leverandørene ikke kunne eller ville levere legemidler tilpasset satsene i trinnprissystemet. Systemet har dermed gitt full etterlevelse av de forutsatte prisene, og således garantert full forutsigbarhet for legemiddelkjøperne og folketrygden. Staten har ikke vist til grossistgarantien etter at staten suspenderte systemets avtalemessige forankring fra 1. januar 2007.

ERFARINGER MED TRINNPRISSYSTEMET

Både beregninger gjennomført av Apotekforeningen (se Apotek og legemidler 2006) og en evaluering gjennomført av Statens legemiddelverk, viser at trinnprissystemet i stor grad har virket slik det var tenkt, og gitt de innsparinger som var forventet. Legemiddelverket har bl.a. konkludert med at systemet har vært forutsigbart, relativt enkelt å forvalte og raskt å implementere. Etterlevelsen av systemet har også vært tilfredsstillende. Legemiddelverket hevdet imidlertid at de norske trinnprisene gjennomgående var høyere enn prisene på de samme generiske legemidlene sammenlignet med Sverige og Danmark, og foreslo derfor at det burde gjøres justeringer som sikrer at systemet gir ytterligere prisnedgang.

Da trinnprissystemet ble innført 1. januar 2005 inneholdt det 21 virkestoffer. I løpet av 2005 og 2006 er det blitt inkludert 12 nye virkestoffer, slik at det per 1. januar 2007 er 33 virkestoffer inkludert.



Virkestoffene inkludert i trinnprissystemet om-satte i 2006 for 1377 millioner kroner. Prisfallet har dermed vært betydelig gjennom en omset-ningsreduksjon på 235 millioner kroner fra 2005, tilsvarende en reduksjon på 14,6 prosent. Dette kommer i tillegg til en omsetningsreduksjon fra 2004 til 2005 på 550 millioner kroner.

Det totale forbruket målt i DDD av disse virkestof-fene økte med 13,6 prosent. Gjennomsnittsprisen per DDD sank med 24,8 prosent, dvs. en langst sterkere prisreduksjon enn det omsetningen ble redusert med. Fra 2004 har gjennomsnittsprisen per DDD for trinnprislegemidlene blitt redusert med 46,7 prosent.

Veksten i forbruket av simvastatin (Zocor), lorata-din (Claritin) og cetirizin (Acura, Zyrtec, Reactin) skyldes ordningen med foretrukket legemiddel (for nærmere omtale av ordningen, se kapittel 9). Simvastatin skal være legenes førstevalg ved

forskrivning av kolesterolsenkende medisiner på blå resept, og hadde en forbruksvekst målt i DDD på hele 62,2 prosent fra 2005 til 2006 Denne forbruksveksten har i hovedsak skjedd på bekost-ning av Lipitor (atorvastatin) og pravastatin (Pravachol) med en reduksjon i omsetning målt i DDD på hhv 16,3 og 28,7 prosent. Loratadin (Claritin) og cetirizin (Acura, Zyrtec, Reactin) skal fra 1. mai 2006 være legenes førstevalg ved rekvirering på blå resept av antihistaminer til behandling av allergi og elveblest.

Forbruket av citalopram (Cipramil) og paroxetin (Seroxat) målt i DDD har fortsatt å synke, med hhv 12 og 9,5 prosent i 2006 sammenlignet med 2005. Som nærmere omtalt i kapittel 21, kan dette skyldes en forbruksvridning over til patenterte Cipralex (escitalopram).

ATC 5. nivå	Virkestoff	Merkenavn Eksempler	2006 mill kr	Endring kr 2005-06	Prosent endring kr 2005-06	Prosent endring DDD 2005-06
C10AA01	Simvastatin	Zocor	268,4	97,7	57,2	62,2
N02CC01	Sumatriptan	Imigran	114,6	-38,1	-24,9	2,5
M05BA04	Alendronsyre	Fosamax	93,6	-51,5	-35,5	6,7
C08CA01	Amlodipin	Norvasc	77,9	-8,5	-9,8	3,1
N06AB06	Sertralin	Zoloft	53,3	-44,5	-45,5	-5,5
A02BC01	Omeprazol	Losec	49,6	-8,7	-14,9	0,2
R06AE07	Cetirizin	Acura, Zyrtec, Reactin	48,6	-7,0	-12,6	18,5
C09AA05	Ramipril	Triatec	47,4	2,3	5,2	8,3
M01AB05	Diklofenac	Voltaren, Modifenac	46,7	4,6	10,8	14,9
N06AB04	Citalopram	Cipramil, Desital	45,0	-8,4	-15,7	-12,0
A10BB12	Glimepiride	Amaryl	42,1	-5,3	-11,2	6,2
C10AA03	Pravastatin	Pravachol	40,7	-48,4	-54,3	-28,7
N06AX11	Mirtazapin	Remeron	42,2	-10,4	-19,8	2,3
A02BC03	Lanzoprazol	Lanzo	38,3	-49,5	-56,4	-6,7
J01MA02	Ciprofloxacin	Ciproxin	34,8	-0,4	-1,1	9,0
G04CA02	Tamsulosin	Omnice	33,1	-2,8	-7,9	15,5
C07AG02	Karvedilol	Kredex	24,7	-1,5	-5,8	-0,6
N06AB05	Paroxetin	Seroxat	23,6	-17,9	-43,1	-9,5
C09AA03	Lisinopril	Vivacec, Zestoretic	22,5	-1,7	-6,9	-5,2
C09BA02	Enalapril og diuretika	Renitec Comp, Enalapril Comp	21,1	-1,5	-6,5	-0,5
D01BA02	Terbinafin	Lamisil	20,0	-11,4	-36,3	2,6
C09AA02	Enalapril	Renitec	20,3	-0,6	-2,9	-3,0
N06AX03	Mianserin	Tolvon	18,6	-3,0	-14,0	-2,4
C08CA02	Felodipin	Plendil	17,8	-0,7	-3,6	-2,5
J01CA04	Amoxicillin	Imacillin, Amoxicillin	17,5	-1,1	-6,1	5,4
C07AB03	Atenolol	Tenormin	16,1	-4,6	-22,2	-10,2
C09BA03	Lisinopril og diuretika	Vivacec Comp, Zestoretic Mite	16,5	-1,1	-6,1	-2,2
N06AB03	Fluoxetin	Fontex	15,9	-1,3	-7,6	-2,7
R06AX13	Loratadin	Claritin	16,1	3,1	24,2	29,3
A02BA02	Ranitidine	Zantac	15,0	-4,1	-21,3	6,8
J02AC01	Flukonazol	Diffucan	14,2	-1,9	-12,0	11,0
M01AC06	Meloxicam	Mobic	10,7	-6,1	-36,3	6,1
J01FA09	Klaritromycin	Klacid	10,7	-1,2	-10,2	4,6
Sum			1 377,7	-235,5	-14,6	13,6

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

ATC 5.nivå	Virkestoff	Merkenavn Eksempler	2006 mill kr	Prosentandel ge- neriske legemidler
C10AA01	Simvastatin	Zocor	268,4	87,0
N02CC01	Sumatriptan	Imigran	114,6	6,2
N05CF01	Zopiclon	Imovane	95,7	41,3
M05BA04	Alendronsyre	Fosamax	93,6	81,7
C08CA01	Amlodipin	Norvasc	77,9	75,9
A04AA01	Ondansetron	Zofran	54,3	9,1
N06AB06	Sertralin	Zoloft	53,3	16,9
A02BC01	Omeprazol	Losec	49,6	38,7
R06AE07	Cetirizin	Acura, Zyrtec, Reactin	48,6	65,3
C09AA05	Ramipril	Triatec	47,4	57,6
Sum			903,4	56,2

Tabell 6.4 De ti mest solgte virkestoffer i 2006 med generisk konkurranse med omsetningsandelen til de generiske alternativene

OMSETNING AV LEGEMIDLER MED GENERISK KONKURRANSE

Det er kun to av de ti mest omsatte virkestoffene med generisk konkurranse (zopiklon og ondansetron) som ikke er inkludert i trinnprissystemet. Myndighetene kan i følge regelverket unnlate 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 legemidlet er lav,
- særlige farmakologiske grunner foreligger,
- legemidlet har begrenset byttbarhet,
- reseptstatus taler for det, eller
- særlige innkjøpsordninger gir tilnærmelesvis samme prisreduksjon.

Det kvalmestillende midlet ondansetron (Zofran) var unntatt fra trinnprissystemet fordi det var inkludert i forsøksordningen for anbud på

gråsonerepreparater i 2006¹. Zofran fikk generisk konkurranse først i oktober 2005. Dette forklarer den lave generikaandelen. Når det gjelder innsovningslegemidlet zopiklon (Imovane), rekvireres dette i hovedsak på hvit resept og er i utgangspunktet billig (se tabell 6.5).

Simvastatin og amlodipin er blant virkestoffene med den høyeste generikaandelen i 2006. Felles for disse er at de tilhører ATC-gruppe C, legemidler til behandling av hjerte-/karsykdommer. De fikk generisk konkurranse før 2005 og hadde i utgangspunktet høy omsetning.

¹ Legemidler som har bred anvendelse i sykehus og utenfor sykehus. Felles for legemidlene er at behandlingen alltid startes i sykehus, men behandlingen fortsettes utenfor sykehus.

ATC 5. nivå	Virkestoff	Merkenavn Eksempler	Gj.snittspris per DDD desember 2006	Prosent endring 2005-2006
C10AA01	Simvastatin	Zocor	1,86	-2,5
N02CC01	Sumatriptan	Imigran	46,75	-32,0
N05CF01	Zopiclon	Imovane	1,88	19,4
M05BA04	Alendronsyre	Fosamax	4,41	-52,6
C08CA01	Amlodipine	Norvasc	1,52	-7,2
A04AA01	Ondansetron	Zofran	147,64	-5,5
N06AB06	Sertralin	Zoloft	2,92	-53,0
A02BC01	Omeprazol	Losec	6,59	-3,4
R06AE07	Cetirizin	Acura, Zyrtec, Reactin	1,37	-5,1
C09AA05	Ramipril	Triatec	1,18	-4,4
Totalt			2,37	-21,2

Tabell 6.5 Utvikling i gjennomsnittlig pris per DDD for de ti mest omsatte virkestoffene med generisk konkurranse, desember 2005 til desember 2006

Osteoporosemidlet Fosamax (alendronsyre) fikk generisk konkurranse og ble inkludert i trinnprissystemet fra 1. desember 2005. Den oppnådde den nest høyeste generikaandelen i 2006. Sumatriptan (Imigran) ble inkludert i trinnprissystemet fra 1. juni 2006. Virkestoffet har den nest høyeste omsetningen, men likevel den laveste generikaandelen.

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

Etter at simvastatin mistet sin patentbeskyttelse og ble utsatt for generisk konkurranse, har gjennomsnittsprisen per dose falt fra 7 kroner per DDD i 2003 til 1,86 kroner i 2006. Prisen er folgelig redusert til nesten 1/4 av opprinnelig pris. For legemidlene Zoloft (sertralin) og Fosamax (alendronsyre), som mistet sin patentbeskyttelse i hhv november og desember 2005 og som ble inkludert i trinnprissystemet fra de samme tidspunktene, er gjennomsnittsprisene per dose mer enn halvert. Størrelsen på prisreduksjonene for trinnprisvirkestoffene henger nøye sammen med tidspunktet for når de ble inkludert i systemet.



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, ”byttelisten”. 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.

Byttelisten fungerer som en oversikt over de legemiddelgrupper hvor det er generisk konkurranse og/eller konkurranse mellom originale og parallellimporterte legemidler. Generisk konkurranse vil normalt kunne inntre når originallegemidlets patenttid er utløpt, mens konkurranse

ATC 5. nivå	Virkestoffer	2006 mill kr	Prosent endring 2005-2006
N03AF01	Karbamazepin	19,8	-8,5
N03AG01	Valproinsyre	27,6	-1,5
N03AX09	Lamotrigin	119,9	-3,1
N03AX11	Topiramat	21,4	4,5
N03AX12	Gabapentin	35,8	-23,4
Sum		224,5	-6,7

Tabell 6.6 Omsetning for virkestoffer med begrenset bytte i byttelisten

mellom original- og parallellegemiddel vil kunne oppstå før patenttiden er utløpt. Oppføring på byttelisten er et kriterium for inkludering i trinnprissystemet.

BEGRENSET BYTTE

Felles for fem av virkestoffene på byttelisten (se tabell 6.6) 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.

Statens legemiddelverk gjennomførte i 2006 en gjennomgang av 13 virkestoffer med begrenset bytte, som resulterte i at følgende åtte virkestoffer ble gjort fullt byttbare fra 1. oktober 2006:

metformin (Glucophage), glipizid (Mindiab, Apamid), glibenklamid (Euglucon) og glimepirid (Amaryl), metotreksat (Methotrexate, Emthexat), klomipramin (Anafranil), tamoxifen (Nolvadex) og selegilin (Eldepryl).

Legemiddelverket har vurdert gabapentin (Neurontin) til bruk mot smerter som fullt byttbart, mens gabapentin til bruk hos epilepsipasienter for å kontrollere anfall vil fortsatt ha begrenset bytte. Dette innebærer bl.a. at apotekene vil ha full anledning til å bytte i tilfeller hvor gabapentin er rekvirert til bruk mot smerter.

De fem virkestoffene som fortsatt er underlagt begrenset bytte, omsatte for til sammen 224,5 millioner kroner i 2006.





7. RESEPTFRIE LEGEMIDLER

OMSETNING AV RESEPTFRIE LEGEMIDLER I APOTEK

Reseptfrie legemidler ment til egenomsorg er et kjerneområde i apotekenes arbeid. Ved kjøp av slike legemidler vil kunden ofte ikke møte annet helsepersonell enn apotekets ansatte. I et helsetjenesteperspektiv gir dette apoteket en unik rolle og et særskilt ansvar. Ved hjelp av sin produktkunnskap og innsikt i de aktuelle lidelsene vil apotekets ansatte gi råd og veiledning ved valg og bruk av reseptfrie legemidler, slik at kundens mål med egenomsorgen nås.

Reseptfrie legemidler selges i apotek og i medisinsalg underlagt farmasøytisk kontroll. I tillegg er et utvalg reseptfrie legemidler godkjent av myndighetene for salg 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.

Godkjenning av et legemiddel for omsetning utenom apotekkanalen innebærer at helsemyndighetene anser det som unødvendig med annen informasjon og veiledning enn det kjøperen kan slutte seg til ut fra pakningen eller pakningsvedlegget. Offentlig godkjenning av legemidler for salg utenom apotekkanalen innskrenker dermed apotekenes særlige informasjonsplikter på vedkommende terapiområde.

Tallene omfatter reseptfrie ATC-klassifiserte legemidler til humant bruk. Legemidler til bruk hos dyr, naturlegemidler, homøopatiske og antroposofiske legemidler m.v. som selges reseptfritt, er ikke inkludert.

ATC 1. nivå	Hovedgrupper	2006 mill kr	Prosent endring 2005-06	2006 mill DDD	Prosent endring 2005-06
A	Fordøyelsesorganer og stoffskifte	517,4	6,0	270,8	-2,9
N	Nervesystemet	385,0	4,1	28,4	-3,2
R	Respirasjonsorganer	291,1	2,2	48,6	0,8
D	Dermatologiske midler*	199,3	7,8	0,0	0,0
M	Muskler og skjelett	154,4	7,6	11,0	3,2
G	Urogenitalsystem og kjønnshormoner	85,7	8,8	10,8	-4,1
S	Sanseorganer*	62,4	3,1	0,0	0,0
B	Blod og bloddannende organer	30,1	1,9	24,5	-5,9
C	Hjerte og kretsløp**	26,3	11,1	0,0	0,0
V	Varia***	23,0	-1,0	0,0	0,0
P	Antiparasitære midler, (midler for innvollsorm og lusemidler)	22,4	6,2	0,2	0,5
Totalt		1 797,1	5,2	394,3	-2,6

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

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

**) Midler mot hemorroider og overfladiske blåflekker inngår i denne gruppen.

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



Totalt solgte apotekene reseptfrie legemidler med ATC-klassifikasjon for 1,8 milliarder kroner i 2006. Dette utgjorde 9 prosent av totalomsetningen i apotekene, en marginalt høyere andel enn i 2005, hvor andelen var 8,8 prosent.

Omsetningen av reseptfrie legemidler fra apotek målt i kroner økte med 5,2 prosent i 2006. Tilsvarende var det en økning på 2,8 prosent fra 2004 til 2005.

Størst omsetning er det av legemidler for fordøyesorganer og stoffskifte (ATC-gruppe A). Av de 517,4 millioner kronene utgjorde avførende midler 137 millioner kroner, fluoridprodukter til tannbehandling (Flux, Fluorette, Xerodent) 82,8 millioner og syrenøytraliserende legemidler som brukes ved refluksykdom (sure oppstøt) 73,5 millioner kroner.

I gruppe N Nervesystemet er det omsatt for 385 millioner kroner. Smertestillende står for 227,7 millioner, hvorav paracetamol (Pamol, Paracet, Pinex) alene omsatte for 182,6 millioner kroner, en reduksjon på 2,5 prosent fra 2005. Den andre legemiddelgruppen under N er nikotinpreparater

som omsatte for 157,2 millioner kroner, en økning på 15,2 prosent.

Forkjølelses- og allergimidler er i gruppe R. Totalt ble det omsatt for 291,1 millioner kroner i denne gruppen. Nesespray/-dråper ble omsatt for 130,6 millioner kroner, hvor de til bruk ved forkjølelse utgjorde 117,3 millioner kroner og resten var nesesprayer til bruk ved allergiske reaksjoner. Det ble solgt tabletter til behandling av allergiske reaksjoner for 76,1 millioner kroner. Cetirizin (Zyrtec, Reactine, Acura) utgjør den største andelen med 53,8 millioner, en omsetningsvekst på 19,3 prosent fra 2005. Det selges allergitabletter for 206,5 millioner kroner på resept (se kapittel 23). Det reseptfrie salget utgjør 27 prosent av den totale omsetningen.

	ATC 5. nivå	Virkestoff	Merkenavn Eksempler	2006 mill kr	Prosent endring 2005-06	2006 mill DDD	Prosent endring 2005-06
1	N02BE01	Paracetamol	Pamol, Paracet, Pinex	182,6	-2,5	17,7	-6,5
2	N07BA01	Nikotin	Nicorette, Nicotinell	157,2	15,2	5,7	13,9
3	M01AE01	Ibuprofen	Ibumetin, Ibux	105,6	4,4	9,3	4,4
4	R01AA07	Xylometazolin	Otrivin, Zymelin	90,2	-0,4	22,9	-2,0
5	A01AA01	Natriumfluorid	Flux, Fluorette, Xerodent*	56,7	9,6	119,7	4,2
6	R06AE07	Cetirizin	Zyrtec, Reactine, Acura	53,8	19,3	7,6	33,3
7	G01AF02	Klotrimazol	Canesten til vaginal bruk	40,7	7,8	1,8	0,0
8	R05CA10	Kombinasjoner	Diverse hoste- og forkjølelsesmidler	39,5	-4,9	3,7	-10,3
9	A02BA53	Famotidin, kombinasjoner	Pepcid	36,7	26,9	1,2	23,0
10	N02BBS1	Fenazon, kombinasjoner ekskl. psykoleptika	Antineuralgica, Fanalgin, Fenazon-koffein	35,5	-0,8	4,3	-6,3
Sum				798,7	5,6	193,8	3,0
Totalt				1 797,1	5,2	394,3	-2,6

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

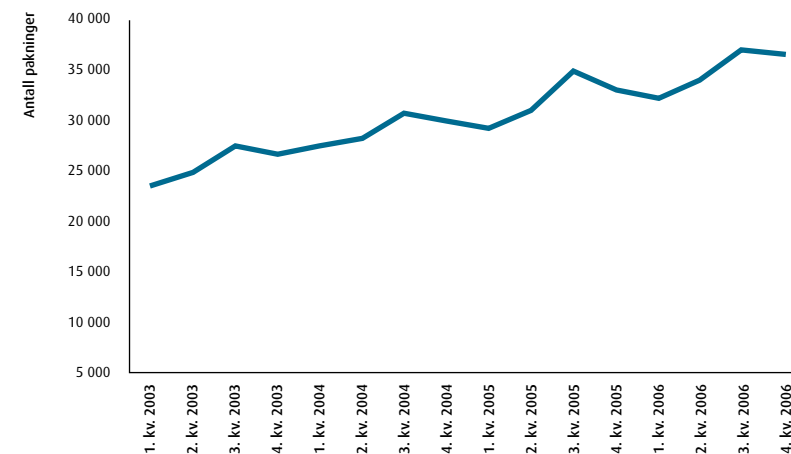
*) Omfatter ikke Fluroid skyllevæske som er handelsvare som selges både i dagligvarehandel og apotek.



NØDPREVENSJON

En mye omtalt legemiddelgruppe er krisepreven- sjon eller nødprevensjon, også kalt angrepiller. Disse selges reseptfritt fra norske apotek. Salget i 2006 var på 21,2 millioner kroner, en økning på 16,7 prosent fra 2005. Det ble solgt 138 500 pakninger Norlevo i 2006, en økning på 10,5 prosent fra 2005. Det har vært en jevn økning i antall solgte pakninger fra 2003 med tydelige salgstopper tredje kvartal hvert år (se figur 7.1).

Én pakning tilsvarer én behandling, slik at antall solgte pakninger tilsvarer totaltallet kvinner som har kjøpt preparatet uten hensyn til at noen kvin- ner kan ha kjøpt det mer enn én gang. Sett i for- hold til antall kvinner i alderen 16–54 år i fylkene (folketall fra SSB 1. jan. 2006) har 20,2 prosent av kvinnene i Oslo kjøpt nødprevensjon i 2006. Troms, Sør-Trøndelag og Hordaland følger etter med 13–14 prosent. Det er spesielle forhold med Oslo fordi mange benytter byens apotek selv om de bor i omlandet. De tre andre fylkene rommer hver sin store universitetsby noe som kan tyde på en opphopning av kvinner i aktuell alder. Etter disse følger Finnmark med 12,5 prosent. Lavest ligger Nord-Trøndelag med 7,9 prosent og Hed- mark med 7,3 prosent av den kvinnelige delen av befolkningen som har kjøpt nødprevensjon.



Figur 7.1 Utvikling i omsetningen av Norlevo målt i antall pakninger 2003–2006

RESEPTFRIE LEGEMIDLER UTENOM APOTEK (LUA) – APOTEKENES OMSETNING

Fra 1. januar 2003 ble et utvalg av nikotinprepara- ter 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 salgskanaler har imidlertid begrenset seg til legemidlene med størst salgsvolum – smertestillende legemidler (Paracet, Ibux og Fanalgin) samt slimhinneavsvellende nesepreparater (Otrivin). Salgskanaler som har valgt å selge smertestillende og slimhinneavsvellende le- gemidler, må følge en minimumsliste som Statens legemiddelverk har satt opp. Nikotinpreparater med lav styrke (inntil 2mg) og naturlegemidler kan selges uavhengig av tillatelse i LUA-ordningen.

Per desember 2006 er det nærmere 5700 utsalgssteder utenom apotek for legemidlene

som inngår i ordningen. Tilgjengeligheten til smertestillende legemidler og nesepreparater er dermed økt betydelig.

Apotekene hadde i 2006 en økning i omset- ningen av de legemidlene som i større omfang selges gjennom LUA-ordningen (paracetamol, fenazon, ibuprofen, nikotinpreparater, oxymeta- zolin og xylometazolin), på 16 millioner kroner (2,8 prosent). Forbruket målt i omsatte DDD ble redusert med 2,7 prosent.

For nikotinpreparater til røykeavvenning var det i 2006 en økning i salget i apotek på 15,2 prosent i forhold til 2005 målt i kroner, og 13,9 prosent målt i DDD. Tall fra Folkehelseinsti- tuttet viser at totalforbruket av nikotinpreparater økte med 13 prosent i de tre første kvartalene i 2006 sammenlignet med samme periode i 2005, og at apotekenes andel på 85 prosent har holdt seg stabil.



Virkestoff	Omsetning DDD 1.–3. kvartal 2006	Prosent endring 2005*–2006*	Prosentandel i daglig- vare 1.–3. kvartal 2006
Ibuprofen	10,1	9	37
Fenazon -koffein	3,8	-6	15
Paracetamol	21,8	1	39
Nikotin	4,8	13	13
Oksymetazolin **	3,5	-15	-
Xylometazolin	31,1	11	39
Totalt	75,9	5	37

Tabell 7.3 Reseptfrie legemidler (“i basisutvalget”) som selges i dagligvarehandel og apotek

Kilde: Folkehelseinstituttet

*) 1.–3. kvartal **) Kan selges utenom apotek, men inngår ikke i dagligvarehandelens utvalg

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 de tre første kvartalene i 2006 utgjorde 37 prosent av omsetningen av LUA-legemidlene (minimumsutvalget) målt i definerte døgndoser (DDD). Andelen i tilsvarende periode i 2005 var 31 prosent. Totalomsetningen har økt med omlag 5 prosent (www.fhi.no).

Dagligvarehandelen selger også et mindre utvalg av andre legemidler som syrenøytraliserende midler, reisesykemidler og hostesaft. Disse utgjør en minimal andel av det totale legemiddelsalg utenom apotek.

UTVIKLINGEN I
RAPPORTERTE
BIVIRKNINGER

Giftinformasjonen (avdeling i Sosial- og helsedirektoratet) registrerer og risikoklassifiserer alle henvendelser angående eksponeringer/potensielle forgiftninger i alvorlighetsgrad. For legemidler gjøres dette på virkestoffnivå.

I 2002 mottok Giftinformasjonen til sammen 628 henvendelser på grunn av inntak/eksponering av paracetamol og ibuprofen (henholdsvis 455 og 173 henvendelser). I 2005 hadde antall henvendelser økt til 971, henholdsvis 712 og 254 for paracetamol og ibuprofen. Av totalt antall henvendelser økte andelen for disse to virkestoffene fra 1,8 til 2,5 prosent fra 2002 til 2005.

Antall henvendelser med fare for alvorlig paracetamolforgiftning økte fra 136 i 2002 til 254 i 2005, dvs. en økning på 87 prosent. Tilsvarende har antall henvendelser med potensielt alvorlige ibuprofenforgiftninger økt fra 17 i 2002 til 39 i 2005, en økning på 129 prosent.

Giftinformasjonen har anført at paracetamol trolig er det legemidlet med markedsføringstillatelse som hyppigst forårsaker sykehusinnleggelser i de fleste vestlige land, inkludert Norge. I 2002 anslo Giftinformasjonen at om lag 600 sykehusinnleggelser skyldtes paracetamolforgiftning.

DEL III RAMMEVILKÅR

8. REGULERINGER OG RAMMEVILKÅR I 2006

Apotekene og legemiddelområdet er underlagt en omfattende og detaljert regulering fra myndighetene. Reguleringen skal bidra til at statens refusjonspolitiske og legemiddelpolitiske mål nås. Disse målene er fastsatt av Stortinget i forbindelse med behandlingen av ulike politiske dokumenter (Stortingsmeldinger, budsjett- og lovproposisjoner).

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 refusjonsordningen vil betale for (blåreseptordningen)
- 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 2006.

LEGEMIDLER OG REFUSJON

EGENANDLER BLÅ RESEPT 2006

- Egenandelen per resept var 36 prosent, men maksimalt 500 kroner (en økning fra 490 kr i 2005)
- Egenandelstaket (maksimal samlet egenbetaling) var på 1615 kroner per år (en økning fra 1585 kroner i 2005)
- Barn under 12 år og minstepensjonister var fritatt for egenandel (aldersgrensen ble hevet fra 7 til 12 år)

FLERE LEGEMIDLER ER DEFINERT SOM FULLT BYTTBARE

Da bytteordningen for legemidler på apotek ble etablert i 2001 ble en gruppe legemidler henvist til ordningen med begrenset bytte. Begrenset bytte innebærer at apoteket kun kan foreslå bytte uten legens særskilte godkjenning bortsett fra ved oppstart av behandling. Listen over begrenset byttbare legemidler har ligget fast siden 2001.

Etter hvert som Legemiddelverket har fått erfaringer med bytteordningen fra Norge, andre land, forskning og vitenskapelige publikasjoner, har Legemiddelverkets faggruppe for likeverdige legemidler i løpet av vinteren 2005–2006 arbeidet





seg gjennom de 13 virkestoffene som har hatt begrenset bytte.

Følgende virkestoffer ble gjort fullt byttbare fra 1. oktober 2006:

- Alle perorale antidiabetika. Dette gjelder legemidler som inneholder metformin, glipizide, glibenklamid og glimepirid.
- Metotreksat tabletter som brukes bl.a. ved leddgikt.
- Klomipramin som brukes mot depresjon.
- Tamoxifen som brukes etter operativ behandling mot brystkreft.
- Selegilin som brukes mot parkinsons sykdom.
- Gabapentin i de tilfellene det brukes mot smerter. Gabapentin som er i bruk hos epilepsipasienter for å kontrollere anfall vil fortsatt ha begrenset bytte.

Gruppen av legemidler som er å anse som begrenset byttbare, er nå redusert til kun å omfatte enkelte epilepsimedisiner.

BLÅREVPROSJEKTET – FORSLAG OM REVISJON AV BLÅRESEPTORDNINGEN SENDT PÅ HØRING

Helse- og omsorgsdepartementet sendte et forslag om endring i blåreseptordningens struktur på høring 7. desember 2006. Høringsfrist er satt til 16. mars 2007. Endringene går i hovedsak ut på å erstatte dagens ordning organisert etter sykdomspunkter med en ordning der refusjonsadgangen knyttes opp til diagnosekoder, slik disse kodene fremstår i klassifikasjonssystemene ICD-10 og ICPC-2. Høringsnotatet fremholder at forslaget ikke røkter ved pasientenes materielle rettigheter, men er å anse som en tydeliggjøring av regelverket for å sikre bedre etterlevelse.



STATSBUDSJETTET FOR 2006

TRINNPRISSYSTEMET FOR GENERISKE LEGEMIDLER

Trinnprissystemet ble satt i verk 1. januar 2005, og var beregnet å gi en innsparing i 2005 på 450 millioner kroner for folketrygden. Det ble i statsbudsjettet for 2006 (St.prp. nr. 1 (2005–2006)) varslet ytterligere priskutt for flere virkestoffer i systemet, med en innsparingseffekt for folketrygden på 35 millioner kroner. Legemiddelverket kom til at omsetningen av omeprazol, cetirizin og paroxetin var på et nivå som tilsa at trinnprisen skulle kuttes til 70 prosent av opprinnelig maksimalprisinivå. I St. prp. nr. 1 Tillegg nr 1 ble det fremholdt at trinnprissystemet i 2006 vil bidra med 200 millioner kroner større innsparing enn opprinnelig forutsatt.

FORETRUKKET LEGEMIDDEL FOR ANNEN GENERASJONS ANTIHISTAMINER

1. juni 2006 ble det innført en ordning med såkalt foretrukket legemiddel for annen generasjons antihistaminer. Se kapittel 9 for nærmere detaljer om forslaget innhold.

Dette er anslått å gi en innsparing for folketrygden på 10 millioner kroner.

FINANSIERING AV LEGEMIDDELGRUPPEN TNF-HEMMERE

Finansieringsansvaret for alle TNF-hemmerne ble fra 1. juni 2006 overført fra folketrygden til de regionale helseforetakene. Disse legemidlene finansieres således heretter utelukkende av helseforetakene.

RIKTIGERE LEGEMIDDELBRUK – OPPFØLGING AV LEGEMIDDELMELDINGEN

Det er satt av totalt 10 millioner kroner til oppfølging av St.meld. nr. 18 (2004–2005), med vekt på bedre legemiddelbruk på pasientnivå, utvikling av refusjonssystemet og presisering av regelverket, samt informasjon om legemidler. Det er i den forbindelse satt av og delt ut 2 millioner kroner til pilotprosjekter knyttet til legemiddelgjennomganger innenfor følgende fire områder: sykehus, sykehjem, hjemmesykepleien og apotek. Det ble tildelt midler til 13 av totalt 49 søkere. Apotekforeningen ble tildelt 450 000 kroner til et prosjekt om legemiddelgjennomganger i apotek.

eRESEPT-PROSJEKTET

I revidert nasjonalbudsjett, jf. St.prp. nr. 66 (2005–2006) Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet 2006, informerte Helse- og omsorgsdepartementet Stortinget om at kostnadsrammene ved prosjektet synes å bli større enn opprinnelig planlagt. Dette, sammen med en risikovurdering, lå til grunn for at departementet varslat at de ville se nærmere på om private aktører skulle kunne bidra med finansiering. I de påfølgende diskusjoner tilbød Apotekforeningen

at utvikling av apotekløsningen ble fullfinansiert av bransjen, under forutsetning av at dette også ville gjelde andre utlevererløsninger. Det er senere inngått en avtale mellom departementet og aktørene i eResept-prosjektet der denne finansieringsmodellen er akseptert.

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 tildeling av støtte ligger under Statens legemiddelverks ansvarsområde.

Det ble ved inngangen av 2006 satt av 21,4 millioner kroner til driftsstøtte til apotek, inklusive støtte til Institutt for energiteknikk. I brev fra Legemiddelverket til Helse- og omsorgsdepartementet av 8. juni 2006 fremgår det at utbetalinger til driftsstøtte i 2006 ble totalt i underkant av 8,2 millioner kroner, fordelt på 5,1 millioner kroner til vaktapotek og 3,0 millioner kroner til distriktsapotek. I forbindelse med fremleggelsen av revidert nasjonalbudsjett ble bevilgningen til driftsstøtte satt ned med 5 millioner kroner, begrunnet i at behovet for driftsstøtte var mindre enn forutsatt.





9. FOLKETRYGDENS FINANSIERING AV LEGEMIDLER M.V.

FOLKETRYGDENS REFUSJON AV UTGIFTER TIL LEGEMIDLER M.V.

Folketrygdens 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. Fra 1. juni 2006 er det ingen legemidler på listen over preparater som refunderes etter denne bestemmelsen.



Refusjon av utgifter til legemidler etter blåreseptforskriften (blåreseptordningen) skjer i henhold til to hovedordninger:

Forhåndsgodkjent refusjon

- En rekke legemidler og produkter er forhåndsgodkjent for rekvirering på blå resept. Disse fremgår av blåreseptforskriftens §§ 3 og 4, samt § 9, med tilhørende preparat- og produktlister.
- Refusjonsrett inntre straks legen rekvirerer en blå resept.

Individuell refusjon

- For andre legemidler og produkter må Arbeids- og velferdsdirektoratet (NAV) først ta stilling til refusjonskrav gjennom søknad fra lege. Dette er hjemlet i §§ 2 og 3a, samt § 10a.

Refusjon skjer i praksis etter to modeller:

Modell 1:

Apotekpersonalet krever kun egenandelen fra pasienten, og retter kravet om resterende betaling til NAV, i tråd med de oppgjørsavtalene som er inngått på forhånd mellom det enkelte apotek og det aktuelle oppgjørskontoret i NAV. 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 trygdekontoen 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 NAVs oppgjørskontorer om direkte oppgjør, dekker følgende ytelser:

- Legemidler, næringsmidler og spesielt medisinsk utstyr som dekkes pliktmessig i henhold til blåreseptforskriften (inkl. legemidler til krigspensjonister og yrkesskadde)
- Legemidler til vernepliktige
- Visse legemidler som dekkes etter bidragsordningen

DIREKTE OPPGJØR ETTER BLÅRESEPTFORSKRIFTEN

Refusjon etter § 9

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

Det er Legemiddelverket som avgjør hvilke legemidler som skal tas inn i preparatlisten for de definerte medisinske tilstandene/sykdommene. Forutsetningen er at refusjonen ikke vil øke trygdens utgifter med mer enn fem millioner kroner i året, og at 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 budsjetteffekt 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 rekvireres av legene på blå resept med pliktmessig refusjon for folketrygden.

Bestemte legemidler som refunderes etter § 9, har fra 1. januar 2005 fått fastsatt en trinnpris, som er det maksimale refusjonsbeløpet for legemidlet (se kapittel 6). For legemidler som ikke er inkludert i trinnprissystemet, er det normalt maksimal utsalgspris som er det maksimale beløpet som refunderes.

Omsetning av legemidler (inkl. pasientens egenbetaling) refundert etter § 9 i blåreseptforskriften utgjorde 7 671 millioner kroner i 2006, en reduksjon på 4,1 prosent sammenlignet med 2005. Hovedårsaken til reduksjonen innenfor sykdomsgruppene hjerte/kar og migrene er at trinnprissystemet har ført til en betydelig prisreduksjon på legemidler i disse viktige gruppene. Det er fortsatt en betydelig vekst i salget av legemidler refundert etter § 9 til behandling av kreft.

Refusjonspunkt under § 9		2006 mill kr	Prosentandel av total	Prosent endring 2005–2006	Folketrygdens refusjonsandel i prosent
12.	Hjerte-/karsykdom	2 316,5	30,2	-3,7	84,0
18.	Depresjoner/psykiske lidelser	877,1	11,4	-1,8	87,6
2.	Astma og obstruktiv lungesykdom	686,1	8,9	-28,3	86,6
41.	Spiserørbetennelse	402,4	5,2	-7,3	85,5
5.	Diabetes	392,6	5,1	1,1	91,1
9.	Kreft/ondartede svulster	383,2	5,0	9,5	96,9
7.	Epilepsi m.v.	329,7	4,3	-5,7	90,2
33.	Allergiske lidelser	311,0	4,1	-7,8	77,2
36.	Migrene m.v.	255,9	3,3	-11,9	84,4
6.	Hormonsvikt (hypofysen)	186,1	2,4	-1,4	97,2
Andre § 9		1 530,2	19,9	9,0	86,6
Totalt § 9		7 670,7	100,0	-4,1	87,2

Tabell 9.1 De ti refusjons-/sykdomspunktene i blåreseptforskriften § 9 med høyest omsetning i 2006 (mill kr)

Fra 1. juli 2006 ble det opprettet et sykdomspunkt 44 for astma og et punkt 45 for KOLS, til erstatning for sykdomspunkt 2, som var felles for de to sykdommene. Det ble etablert en overgangsordning som vil gjelde frem til 1. juli 2007. Resepter henført til pkt 2 før 1. juli 2006 kan ekspederes på pkt 2 etter denne datoen, men nye resepter må henføres til pkt 44 eller 45. Omsetningsreduksjonen på 28,3 prosent for punkt 2 i 2006 må følgelig ses i sammenheng med denne omleggingen. Omsetningen under punktene 44 og 45 var hhv 225,6 og 15,7 millioner kroner i 2006. Samlet var det en reduksjon på 3 prosent i omsetningen på blå resept til behandling av astma og KOLS i 2006 sammenlignet med 2005.

Refusjon etter § 10a
Refusjon etter § 10a omfatter legemidler som benyttes for en av de medisinske tilstandene/sykdommene som er oppført i § 9, men hvor legemidlet en ønsker å bruke ikke er oppført i preparatlisten til § 9. Legemidlet kan gis refusjon kun etter en individuell vurdering, og NAV treffer vedtak for den enkelte pasient på grunnlag av legens refusjonssøknad.

Omsetning, inklusive egenandel, av legemidler refundert etter § 10a i blåreseptforskriften utgjorde 1 048 millioner kroner i 2006, en reduksjon på 11,5 prosent sammenlignet med 2005. Med unntak av sykdomsgruppene hjerte/kar og

Refusjonspunkt under § 10a	2006 mill kr	Prosentandel av total	Prosent endring 2005–2006	Folketrygdens refusjonsandel i prosent
7. Epilepsi m.v	274,3	26,2	6,9	96,6
17. Leddgikt og Bekhterev	197,5	18,8	-52,0	98,7
9. Kreft/ondartede svulster	158,9	15,2	16,4	99,1
27. Kroniske lever- og nyresykdommer	100,4	9,6	9,5	98,6
12. Hjerte-/karsykdom	60,9	5,8	-5,0	93,5
Andre § 10a	255,7	24,4	14,2	97,6
Totalt § 10a	1 047,7	100,0	-11,5	97,5

Tabell 9.2 De fem refusjons-/sykdomspunktene i blåreseptforskriften § 10a med høyest omsetning i 2006 (mill kr)

leddgikt, er det omsetningsvekst innenfor de fleste sykdomsgruppene.

For sykdomsgruppen leddgikt, må den sterke omsetningsreduksjonen ses i sammenheng med at finansieringsansvaret for legemiddelgruppen TNF-hemmere ble overført fra folketrygden til de regionale helseforetakene fra 1. juni 2006. Dersom man trekker ut omsetningen av TNF-hemmere i 2005 og 2006, var det en vekst i omsetningen for § 10a på 16,8 prosent fra 2005 til 2006. Det vises til kapittel 19 for nærmere omtale av omsetningsutviklingen for denne gruppen.

Det er sykdomsgruppen epilepsi som topper listen over de mest omsatte, mens størst vekst i omsetningen har skjedd innenfor sykdomsgruppen kreft.

Refusjon etter § 2
NAV 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. Forutsetningen er at legemidlet må brukes over lang tid (kronisk tilstand). NAV 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 bestemte medisinske tilstander/sykdommer, som er nærmere beskrevet i sykdomspunkter som er inntatt i forskriften.

Fastsettelsen av hvilke varer som refunderes for de forskjellige medisinske tilstandene/sykdommene, gjøres normalt på grunnlag av søknad fra produsent. Hver enkelt vare tildeles en refusjonspris, som er det maksimale beløpet trygden refunderer.

Omsetning, inklusive egenandel, av produkter som refunderes etter § 3 i blåreseptforskriften utgjorde 771,4 millioner kroner i 2006, en vekst på 8,3 prosent fra 2005. 93,7 prosent av utgiftene refunderes av folketrygden (se tabell 9.3).



Refusjonshjemler i blåreseptforskriften hvis ikke annet er angitt	2006 mill kr	Prosentandel av total	Prosent endring 2005–2006	Folketrygdens refusjonsandel i prosent
§9: Legemidler forhåndsgodkjent for refusjon	7 670,7	75,6	-4,1	87,2
§10a: Andre legemidler ved sykdommer oppført i § 9., krever trygdens godkjenning for hver enkelte pasient	1 047,7	10,3	-11,5	97,5
§3: Medisinsk utstyr, sykepleieartikler	771,4	7,6	8,3	93,7
§2: Kostbare legemidler ved sykdommer som ikke er nevnt i § 9.	278,7	2,7	-7,6	97,9
Forenklet oppgjør i bidragsordningen, § 5-22 *	162,3	1,6	5,4	93,3
§4: Vaksiner og legemidler ved allmennfarlige, smittsomme sykdommer	116,4	1,1	43,9	100,0
§3a: Næringsmidler	103,1	1,0	16,4	98,9
Totalt	10 150,3	100,0	-3,5	89,3

Tabell 9.3 Omsetning etter refusjonshjemler (millioner kroner) i 2006
(*) 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.



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 blodsukker 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 vedtak fra NAV ikke er nødvendig.

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

utgjorde 103,1 millioner kroner i 2006, en økning på 16,4 prosent fra 2005. 98,9 prosent av utgiftene refunderes av folketrygden (se tabell 9.3).

Refusjon etter § 4

Legemidler som benyttes ved allmennfarlige smittsomme sykdommer, refunderes etter § 4 etter en nærmere angitt sykdomsliste 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.

LEGEMIDLER TIL VERNEPLIKTIGE

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

BIDRAGSORDNINGEN

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

Folketrygden yter bidrag tilsvarende 90 prosent av de utgifter som overstiger 1600 kroner per

ATC 5. nivå	Virkestoff	Merkenavn Eksempler	Omsetning 2006 mill kr	Prosent endring 2005-06	Refundert av trygden 2006 mill kr	Folketrygdens refusjonsandel i prosent
C10AA05	Atorvastatin	Lipitor	371,3	-31,3	318,0	85,6
R03AK06	Salmeterol og andre midler ved obstruktiv lungesykdom	Seretide	331,9	-3,7	293,5	88,4
A02BC05	Esomeprazol	Nexium	295,8	8,6	253,8	85,8
C10AA01	Simvastatin	Zocor	265,4	58,1	223,8	84,3
R03AK07	Formoterol og andre midler ved obstruktiv lungesykdom	Symbiocort	186,9	1,2	160,9	86,1
C07AB02	Metoprolol	Selo-Zok	183,3	1,5	152,6	83,3
N05AH03	Olanzapin	Zyprexa	165,5	3,8	154,7	93,5
L04AA11	Etanercept	Enbrel	165,0	-55,1	163,1	98,8
C09DA01	Losartan og diuretika	Cozaar Comp.	163,6	-0,3	134,9	82,5
H01AC01	Somatropin	Genotropin, Humatrope	138,3	-1,9	137,7	99,5
L02BB03	Bikalutamid	Casodex	132,7	5,0	130,3	98,2
N06AB10	Escitalopram	Cipralex	128,7	7,3	105,0	81,6
L03AB07	Interferon beta-1a	Avonex, Rebif	128,6	6,7	127,6	99,2
N06AX16	Venlafaxin	Efexor	122,1	4,7	107,7	88,3
A10AC01	Insulin(human)	Actrapid	115,3	-7,0	106,8	92,6
N03AX09	Lamotrigin	Lamictal	113,9	0,0	104,2	91,5
N02CC01	Sumatriptan	Imigran	113,2	-24,9	98,3	86,8
C09CA01	Losartan	Cozaar	101,5	-3,9	84,0	82,7
C09CA06	Kandesartan	Atacand	100,1	10,7	81,3	81,2
G04BD07	Tolterodin	Detrusitol	92,8	-16,4	81,7	88,1
M05BA04	Alendronsyre	Fosamax	88,4	-35,4	74,8	84,6
R03DC03	Montelukast	Singulair	86,9	5,0	78,9	90,8
N06DA02	Donepezil	Aricept	85,0	-3,5	77,7	91,4
C09DA04	Irbesartan og diuretika	CoAprovel	84,7	6,0	70,0	82,6
N06BA04	Metylfenidat	Concerta	82,4	7,2	73,8	89,6
Sum 25			3 843,3	-7,8	3 395,0	88,3
Sum alle blåresepter			9 055,1	-4,5	8 039,4	88,8

Tabell 9.4 De 25 mest refunderte virkestoffene i blåreseptordningen 2006
Inkluderer ikke refusjon av legemidler til vernepliktige, krigspensjonister, yrkesskadde eller bidragsordningen



kalenderår. Hovedregelen er at pasienten betaler legemidlene fullt ut på apoteket, og deretter fremsetter søknad om dekning av utgiftene overfor trygdekontoen. Det er imidlertid enkelte unntak fra denne regelen.

Pasienter med kreft eller immunsvikt kommer inn under bidragsordningens regel om fullt 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 uheldig fase, og at faren for avhengighet er bedømt som underordnet.

Ved andre sykdommer som er gått inn i en langtkommen og uheldig fase, kan det ytes fullt bidrag for enkelte legemiddelgrupper for å redusere pasientens smerter.

Fra 1. mars 2006 endret Helse- og omsorgsdepartementet finansieringsordningen for forenklet oppgjør for P-piller til jenter i alderen 16–19 år, fra fullt bidrag til en fast bidragssats. Ordningen gjelder fra måneden etter fylte 16 år til og med måneden før fylte 20 år, og inkluderer alle hormonelle prevensjonsmidler i tablettform, injeksjon, plaster og vaginalring som kan rekvireres av lege, helsesøster og jordmor. Implantat og spiral dekkes ikke. Bidragssatsen er satt til 100 kroner for hver tredje måneds ekspedisjon. Ved bruk av legemidler som koster mer enn 100 kroner, må kunden selv betale mellomlegget.

LEGEMIDLER REKVIRERT PÅ BLÅ RESEPT
Legemidler rekvirert med hjemmel i blåreseptforskriften utgjorde i 2006 en omsetning på i overkant av 9 milliarder kroner. Av dette refunderte folketrygden vel 8 milliarder kroner, mens pasientenes andel utgjorde nær 1 milliard kroner (11,2 prosent).

For nærmere omtale av utviklingstrekkene for de største endringene (se bl.a. tabell 9.4), vises det til tidligere omtale i dette kapitlet, kapittel 4 og Del IV.

Merkenavn	Virkestoff	ATC 5.nivå	Refusjonspunkt	Dato
Emselex	Darifenacin	G04BD10	40a	15.01.2006
Combigan	Timolol, kombinasjoner (+ brimonidin)	S01ED51	8f	01.03.2006
Navelbine kapsler	Vinorelbin	L01CA04	9c	01.04.2006
Azilect	Rasagilin	N04BD02	16d	01.04.2006
Aromasin	Eksemestan	L02BG06	9a	01.06.2006
Ritalin depotkapsel	Metylfenidat	N06BA04	7g	01.07.2006
Arimidex	Anastrozol	L02BG03	9a	01.07.2006
Alvesco	Ciclesonid	R03BA08	44c	01.07.2006
Femar	Letrozol	L02BG04	9a	01.08./01.11.2006
Tarceva	Erlotinib	L01XX34	9c	01.08.2006
DuoTrav	Timolol, kombinasjoner (+ travoprost)	S01ED51	8f	01.10.2006
Cymbalta	Duloksetin	N06AX21	18b	01.10.2006
Zonegran	Zonisamid	N03AX15	7e	01.11.2006
Tigreat/Migard	Frovatriptan	N02CC07	36b	01.11.2006
Concerta	Metylfenidat	N06BA04	7g	01.12.2006
Ganfort	Timolol, kombinasjoner (+ bimatoprost)	S01ED51	8f	01.12.2006

Tabell 9.5 Legemidler som er tatt inn på refusjonslisten eller som har fått utvidet sin refusjonsadgang i 2006

VIKTIGE ENDRINGER I PREPARATLISTEN § 9 I BLÅRESEPT-FORSKRIFTEN I 2006

En vesentlig endring i refusjonslisten i 2006, er at det gamle sykdomspunkt 2, som omhandlet astma og KOLS, ble erstattet med sykdomspunktene 44 og 45 fra 1. juni 2006. Astma og KOLS har dermed fått hvert sitt sykdomspunkt i blåreseptforskriften. Hensikten med denne endringen var å tydeliggjøre at det er et refusjonsmessig skille mellom astma og KOLS, og at legemidler som kan rekvireres på blå resept mot astma ikke nødvendigvis kan rekvireres mot KOLS på blå resept. Som en overgangsordning vil blå resepter der det er henvist til det gamle sykdomspunkt 2 og som er utstedt før 1. juli 2006, være gyldige til 1. juli 2007.



Merkenavn	Virkestoff	ATC 5.nivå	Refusjonspunkt	Dato
Optinate Septimum	Risedronsyre	M05BA07	42a	01.05.2006
Bonviva	Ibandronsyre	M05BA06	42a	01.05.2006

Tabell 9.6 Legemidler som er fjernet fra refusjonslisten i 2006

Oversikt over legemidler som enten er tatt inn på eller ut av refusjonslisten, fremkommer av tabellene 9.5 og 9.6.

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 rekvirere 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.”

Denne beslutningen ledet til sterk debatt. I følge myndighetene hadde beslutningen 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 var simvastatin 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 rekvirering av kolesterolsenkende legemidler for folketrygdens 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 rekvirere noe annet enn det foretrukne legemidlet, overlates til legen.

Ordningen med foretrukket legemiddel ble 1. juni 2006 også innført for de allergimedis-

nene man kaller annengenerasjons antihistaminer. Fra denne dato skal cetirizin eller loratadin prøves først ved oppstart av behandling. Bruk av andre annengenerasjons antihistaminer kan bare initieres når cetirizin og loratadin er forsøkt i minst 2 uker hver for seg uten tilfredsstillende resultat eller når andre tungtveiende medisinske grunner tilsier det. Dette skal dokumenteres i journalen. Flytende formuleringer, for pasienter som ikke kan innta tabletter, er unntatt fra restriksjonene nevnt over. Alle pasienter som bruker andre annengenerasjons antihistaminer skal, ved første fornying av resept, bytte til cetirizin eller loratadin. Unntatt fra dette er pasienter der det kan dokumenteres at kravene for bruk av andre annengenerasjons antihistaminer allerede er oppfylt.

Det vises til kapitlene 14 og 23 for nærmere omtale av effektene av dette virkemidlet.



EGENANDELER OG EGEN- BETALING FOR LEGEMIDLER

EGENANDELER UNDER BLÅRESEPTORDNINGEN I 2006

Barn under 12 år: Ingen egenandel

Minstepensjonister: Ingen egenandel

Vernepliktige: Ingen egenandel

Personer som mottar supplerende stønad:

Ingen egenandel

Øvrige: 36 prosent, – maksimalt 500 kroner

per resept per tre måneder. Egenandelen

betales på apoteket.

Egenandelstak (Tak 1 = frikortgrense):

1615 kroner

Pasienter som reserverer seg mot bytte til billigere legemiddel innen samme byttegruppe (på Legemiddelverkets bytteliste), må selv betale differansen opp til apotekets utsalgspris 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 rekvirert.

PASIENTENES EGENBETALING FOR LEGEMIDLER I 2006

Av den totale omsetningen av legemidler som dekkes etter blåreseptforskriften, utgjorde pasientenes egenbetaling 1 milliard kroner, tilsvarende 11,2 prosent. Egenbetaling inkluderer her både den fastsatte egenandelen og mellomlegget/differansen som pasienten betaler ved reservasjon mot generisk bytte.

APOTEKBOKA 2007 / 2008

Ny utgave!

Boka for alle som må være
oppdatert på lov- og regelverk
innenfor apotek- og legemiddelområdet

NY OG AJOURFØRT UTGAVE KOMMER I 2007!

- Lover, forskrifter og offentlige retningslinjer for apotek- og legemiddelområdet
- Rundskriv og brev fra myndighetene med tolkninger og presiseringer av regelverket
- Bransje- og profesjonsstandarder for apotek og apotekansatte
- Faktainformasjon og kontaktinformasjon om myndigheter og aktører

Apotekboka er en videreutvikling av boka Norsk Apoteklovgivning.

Nærmere informasjon om pris og bestilling av boka vil bli lagt ut på www.apotek.no



Apotekforeningen

DEL IV

OMSETNING AV RESEPTPLIKTIGE LEGEMIDLER I NORGE — DETALJERT STATISTIKK

I kapittel 11 kommenteres legemiddelforbruket etter resept av utvalgte legemidler blant barn.

I kapitlene 12 til 25 gis det kommentarer og oversikter i tabellform over omsetningen av reseptpliktige legemidler etter resept til humant bruk målt i omsetningsverdi (kroner) og definerte døgndoser (DDD) for hver av ATC-hovedgruppene. I kommentarene er det spesielt lagt vekt på å fremheve enkeltlegemidler og legemiddelgrupper der det har skjedd markante endringer i løpet av 2006, eller siste fireårsperiode. I noen av disse

kapitlene presenteres også salget til sykehus og andre helseinstitusjoner (ordresalg), dersom denne utgjør en relativt stor andel av det totale salget innenfor denne hovedgruppen.

I kapitlene 26 og 27 gis det oversikter og kommentarer til henholdsvis omsetningen av reseptpliktige legemidler til sykehus og andre helseinstitusjoner (ordresalg) og omsetning av legemidler uten godkjent markedsførings-tillatelse i Norge (godkjenningfritak). I kapittel 28 omhandles omsetningen av legemidler til bruk hos dyr.

10. OMSETNING AV LEGEMIDLER ETTER RESEPT FORDELT PÅ ATC-HOVEDGRUPPER

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 (virkestoff). Alle legemiddelsubstanser har en ATC-kode.

Ved hjelp av ATC-kode kan man finne frem til hvilken terapeutisk og/eller kjemisk gruppe et virkestoff tilhører. ATC-kode brukes som utgangspunkt for å få en oversikt over innholdsstoffer og preparater, og hvilke legemidler som har samme eller nær beslektede virkninger.

For de fleste av virkestoffene er det angitt en definert døgndose (DDD). DDD er en teknisk verdi fastsatt internasjonalt som ideelt sett skal 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. Bruk av DDD gjør det mulig å sammenligne bruk av legemidler over tid og mellom land¹.

Enheden DDD/1000 innbyggere/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 antidepressive legemiddel i 2006 var 47,4 DDD/1000 innb./døgn betyr dette at det er solgt så mange doser at 47,4 av 1000, dvs. 4,74 prosent av befolkningen, kan bruke en dose hver eneste dag i 2006. Det er imidlertid viktig å være klar over at doseringen av et legemiddel kan variere betydelig, og at mange legemidler kun brukes i en begrenset tidsperiode.

¹ Mer informasjon om ATC/DDD systemet kan finnes på nettstedet: <http://www.whocc.no/atcddd/>





Kap.	ATC 1. nivå – hovedgrupper		2006 mill kr	Prosent endring 2005–2006	2006 mill DDD	Prosent endring 2005–2006
12	A	Fordøyelsesorganer og stoffskifte	1 228,7	0,0	151,0	8,6
13	B	Blod og bloddannende organer	515,2	8,7	152,5	4,0
14	C	Hjerte og kretsløp	2 225,7	-4,7	686,6	8,2
15	D	Dermatologiske midler	186,2	-8,5	1,8	3,2
16	G	Urogenitalsystem og kjønnsor- moner	709,7	2,1	150,2	3,7
17	H	Hormoner til systemisk bruk, ekskl. kjønshormoner og insulin	341,9	0,7	58,2	3,3
18	J	Antiinfektiva til systemisk bruk	521,7	5,5	26,8	4,4
19	L	Antineoplastiske og immunmodule- rende midler	1 566,4	10,2	18,3	6,3
20	M	Muskler og skjelett	409,0	-18,7	80,5	4,5
21	N	Nervesystemet	2 374,5	0,7	273,4	4,5
22	P	Antiparasitære midler, insekticider og insektmidler	29,1	4,8	1,1	-1,5
23	R	Respirasjonsorganer	1 349,6	-2,1	215,1	2,4
24	S	Sanseorganer	262,0	-1,7	27,3	0,9
25	V	Varia	23,9	25,2	0,1	23,8
Totalt			11 743,6	0,0	1 843,1	5,7

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

Gruppe N Nervesystemet er den største ATC-hovedgruppen i 2006 med en omsetning etter resept på 2374,5 millioner kroner, fulgt av gruppe C Hjerte og kretsløp med omsetning på 2225,7 millioner kroner.

Det er for ATC-hovedgruppene L og M det har skjedd de største endringene fra 2005 til 2006. For gruppe M er det en betydelig reduksjon i omsetningen målt i kroner (18,7 prosent), til

tross for en økning i forbruket målt i doser (4,5 prosent). Dette indikerer at gjennomsnittsprisen per DDD er blitt redusert betydelig (se kapittel 20 for nærmere omtale).

Gruppe L er en betydningsfull gruppe, der det er relativt få brukere, men svært dyre legemidler. I gruppe L har veksten i kroner vært på 10,2 prosent, mens definerte døgndoser har økt med 6,3 prosent (se kapittel 19 for nærmere omtale).

FAKTORER SOM PÅVIRKER
LEGEMIDDELOMSETNINGEN
I NORGE

Legemiddelfeltet er svært komplekst og dyna-
misk, 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 legemiddelom-
setningen i Norge:

- Det samlede forbruket av legemidler i Norge (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 har i likhet med andelen eldre i befolkningen vist en jevn vekst i mange år. Siden legemiddelforbruket i mange legemiddelgrupper stiger kraftig med alder hos brukerne, er andelen eldre i befolknin-

gen 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 (for eksempel til behandling av demens).

Legemidler brukes også i økende grad til forebyggende behandling av sykdom, gjerne i et livslangt perspektiv (for eksempel blodtrykk- og kolesterolsenkende behandling).

Eksempler på hendelser/faktorer som kan påvirke forbruket av et legemiddel kan være:

- Markedsføringstillatelse gis til et nytt legemiddel, til et nytt eller 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, for eksempel på grunn av liten omsetning eller nye rapporter om bivirkninger
- Endringer i preparatenes reseptstatus eller rekvireringsbegrensninger
- Trusler om pandemiske infeksjonssykdommer (se omtalen om Tamiflu i kapittel 18)

PRISUTVIKLINGEN PÅ LEGEMIDLER SOM ER GODKJENT I NORGE

Som det er nærmere gjort rede for i kapitlene 5 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)
- Praksis med endring til foretrukket legemiddel innenfor en legemiddelgruppe

INTRODUKSJON AV NYE LEGEMIDLER, PRISEN SOM SETTES PÅ DISSE OG I HVILKEN GRAD DE ERSTATTER ELDRE OG OFTE BILLIGERE LEGEMIDLER

Nye legemidler er ofte bedre enn de eldre, men noen ganger er forbedringen liten. Oversikter over omsetningsutviklingen viser at det først og fremst er innenfor spesialisthelsetjenesten nye og ofte dyre legemidler er tatt i bruk de seneste årene.

Det er eksempler på at forbruket vris fra legemidler som er utsatt for generisk konkurranse (eldre, billige) til legemidler med patentbeskyttelse (nye, dyrere). Vridningen av forbruket til nye og dyrere legemidler bidrar til en økning i legemiddelutgiftene uten at flere blir behand-

let. Produsenten av legemiddel som har mistet patentbeskyttelse har ikke lenger insentiver til å promotere sitt legemiddel overfor rekvirentene, 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 i slike tilfeller ha insentiver til å promotere det legemidlet som fortsatt er patentert, og som dermed ikke er utsatt for generisk konkurranse, og kan beholde sin høye pris.

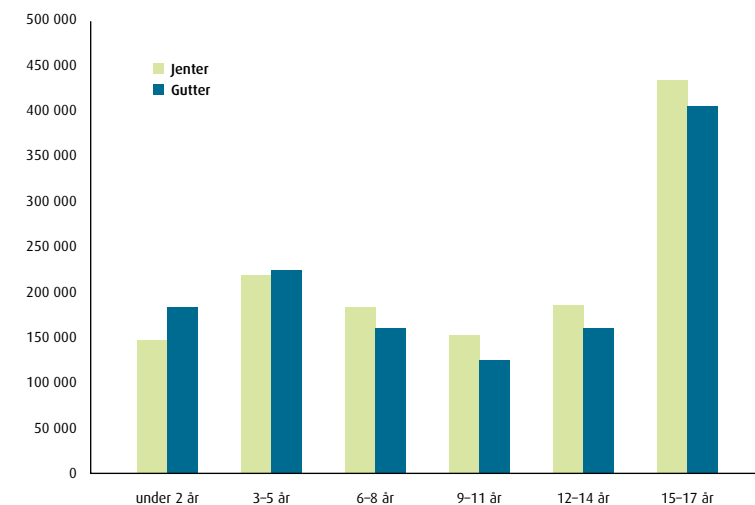
Det er også eksempler på at ulike legemiddelformer, eksempelvis tablett og smeltetablett får ulik patentstatus. Produsenten vil som regel ha insentiver til å fremme omsetningen av den patenterte legemiddelformen, siden denne ikke vil være utsatt for generisk konkurranse. Dersom forbruket av dette legemidlet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

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

vrir 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 (se kapittel 9 for nærmere omtale). Gjennom denne ordningen fastsetter myndighetene hva som skal være førstevalg innenfor et terapiområde ved rekvirering 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 14 og 23 om statiner, lavdose tiazider og antihistaminer.



Figur 11.1 Fordeling av forbruket i DDD etter resept av J01 Antibakterielle midler, på alder og kjønn for aldersgruppen 0–17 år (DDD)

11. LEGEMIDDELFORBRUK HOS BARN

Dette kapitlet omhandler legemiddelforbruket etter resept av utvalgte legemidler blant barn. De utvalgte gruppene er legemidler til bruk ved infeksjoner, astma og allergi og ADHD. Forbruket er fordelt på aldersgrupper med tre års intervaller. I gruppen 15–17 år antas at mange begynner å ta ansvar for selv å oppsøke lege.

J01 LEGEMIDLER TIL BRUK VED INFEKSJONER

Det totale forbruket etter resept målt i DDD av legemidler til infeksjon, ATC-gruppe J01, var 25,2 millioner DDD i 2006. Av disse ble 2,1 millioner DDD, dvs. 8 prosent brukt av barn i aldersgruppen 0 til 17 år. Denne aldersgruppen utgjør om lag en fjerdedel av befolkningen. Barn bruker mest penicilliner med 1,1 millioner DDD, deretter makrolider (J01F) med 0,6 millioner DDD. Penicilliner (fenoksymetylpenicillin; Weifapenin, Apocillin) er førstevalg ved vanlige, enkle infeksjoner i øvre luftveier. Der man er usikker på bakterien som forårsaker infeksjonen benyttes makrolider (erytromycin, Ery-Max, Abbotcin). Miksturen av sistnevnte smaker bedre enn penicillinmiksturer. Det kan være en medvirkende årsak til at noen pasienter ønsker denne.

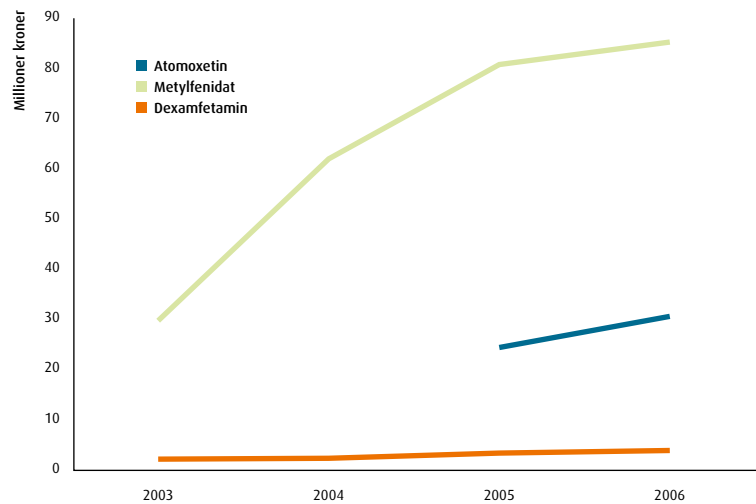
N06B MIDLER TIL BRUK VED ADHD

Salget av legemidler til behandling av diagnosen ADHD etter resept øker raskt både i kroner og DDD for aldersgruppen 0–17 år. I 2006 ble det omsatt for 120,9 millioner kroner, en økning på 12,4 prosent fra 2005. Forbruket var på 6,7 millioner DDD, en økning på 19,7 prosent fra 2005 (se figur 11.2).

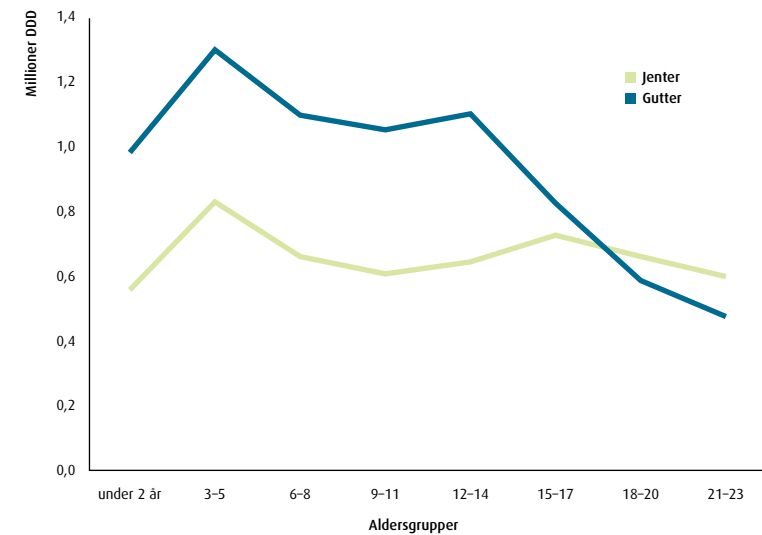
Metylfenidat (Concerta, Equasym, Ritalin) står for 90 prosent av forbruket målt i DDD, atomoxetin (Strattera) 6,2 prosent og dexamfetamin utgjør resten (3,8 prosent). Figur 11.3 viser at forbruket av metylfenidat (Concerta, Equasym, Ritalin) hos gutter er størst i aldersgruppen 12 til 14, med en sterk økning fra 6–8 års alderen. Jentene er noe eldre før de begynner med denne typen behandling.

R03 OG R06 MIDLER TIL BRUK VED ASTMA OG MOT ALLERGI

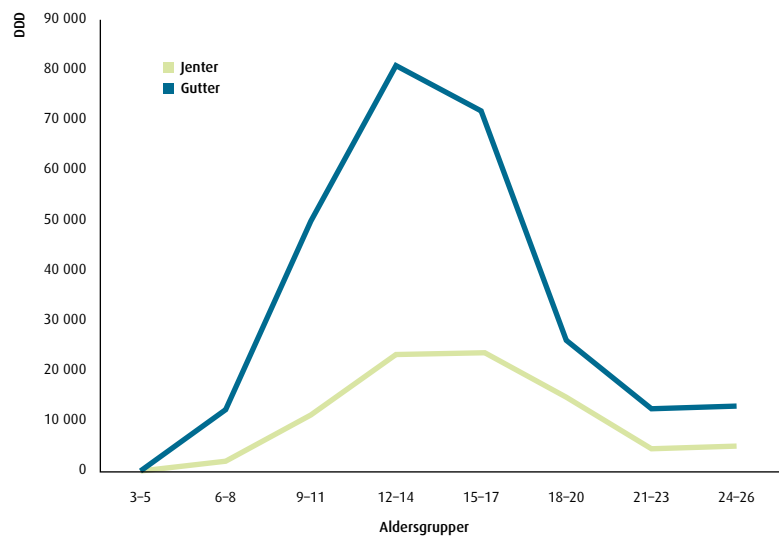
I følge Norges Astma- og Allergiforbund forekommer astma hos 10–12 prosent av norske barn. Forbruket av astma- og allergimidler er høyere blant gutter enn blant jenter helt fram til 18 års alderen (se figur 11.4 og 11.5).



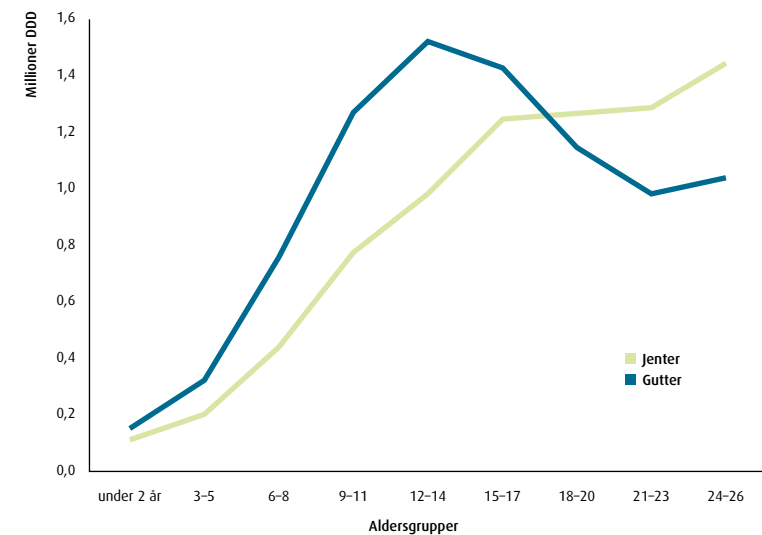
Figur 11.2 Utvikling i omsetningen for legemidler til behandling av ADHD (metylfenidat, atomoxetin og dexamfetamin) etter resept, alle aldersgrupper (mill kroner)



Figur 11.4 Fordeling av forbruket i DDD etter resept av midler mot obstruktiv astma og annen lungesykdom (R03) på alder og kjønn (mill DDD)



Figur 11.3 Fordeling av forbruket i DDD etter resept av metylfenidat (Concerta, Equasym, Ritalin) på alder og kjønn for aldersgruppen 0-26 år



Figur 11.5 Fordeling av forbruket i DDD etter resept av antihistaminer til systemisk bruk (R06) på alder og kjønn (mill DDD)



12. FORDØYELSE OG STOFFSKIFTE

ATC-GRUPPE A

Kapitlet omhandler salg av reseptpliktige legemidler etter resept som virker på fordøyelsesorganer og stoffskifte.

De største undergruppene er legemidler mot magesår og spiserørsbetennelse og legemidler til behandling av diabetes. I tillegg er blant annet midler mot fedme, vitaminer og mineraler å finne i denne gruppen.

ATC-gruppe A er den hovedgruppen med det største salget av reseptfrie legemidler. Det vises til kapittel 7 for nærmere omtale av det reseptfrie salget

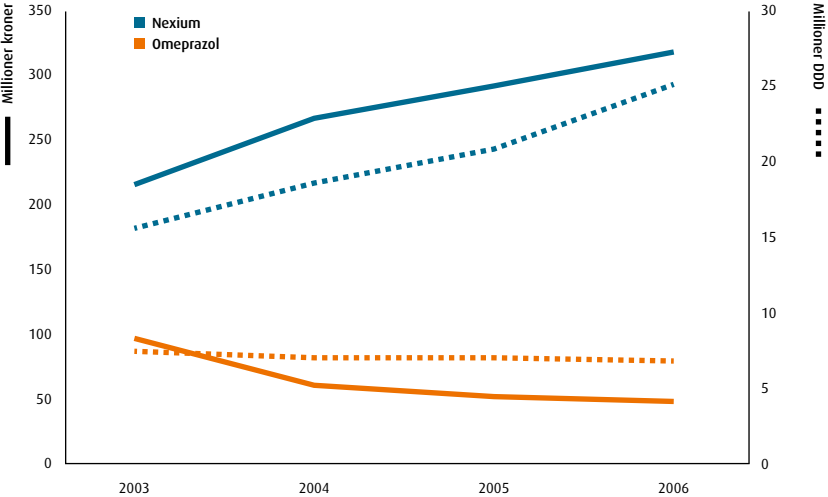
A02B MIDLER MOT MAGESÅR OG REFLUKSSYKDOM

Legemidler i denne gruppen utgjorde en omsetning på 447,2 millioner kroner i 2006. Dette er en reduksjon på 5,7 prosent fra 2005, mens forbruket målt i DDD har økt med 10,6 prosent. Protonpumpehemmere (A02BC) utgjør størstedelen av gruppen. Fra 1. februar 2007 blir lanzoprazol,



ATC 2. nivå		2006 mill kr	Prosent endring 2005–06	2006 mill DDD	Prosent endring 2005–06	DDD per 1000 innb./ døgn 2006
A01	Munn og tannmidler	1,7	-5,1	0,2	5,8	0,1
A02	Midler mot syrerelaterte lidelser	447,2	-5,7	48,8	10,6	28,6
A03	Midler mot funksjonelle gastrointestinale lidelser	7,7	6,3	1,6	3,7	0,9
A04	Antiemetika	46,6	3,4	0,3	7,8	0,1
A05	Galle- og leverterapi	6,1	10,2	0,4	11,2	0,2
A07	Antidiarroika, tarmantiseptika og antiinflammatoriske midler	82,2	3,7	6,3	3,4	3,7
A08	Midler mot fedme, ekskl. diett-preparater	80,3	-11,5	3,9	-8,7	2,3
A10	Blodsukkersenkende midler	422,9	4,8	67,0	7,1	39,3
A11	Vitaminer	31,9	5,9	13,6	11,4	8,0
A12	Mineralprodukter	26,9	16,6	9,0	21,1	5,3
A14	Anabole midler til systemisk bruk	0,2	8,0	0,0	7,6	0,0
A16	Andre fordøyelses- og stoffskifte-preparater	75,2	10,7	0,0	30,1	0,0
Totalt		1 228,7	0,0	151,0	8,6	88,6

Tabell 12.1 Omsetning av ATC gruppe A etter resept i kroner og DDD (mill kr og mill DDD)



Figur 12.1 Utvikling i omsetningen for de to mest brukte protonpumpehemmerne etter resept i kroner og DDD (mill kr og mill DDD)

omeprazol og pantoprazol foretrukne legemidler ved rekvirering på blå resept ved behandling av spiserørsbetennelse. Se kapittel 9 for nærmere omtale av ordningen.

Nexium (esomeprazol) er fortsatt den mest brukte protonpumpehemmeren, og omsetningen målt i både kroner og DDD har hatt en jevn økning. På grunn av myndighetenes årlige prisrevisjon er gjennomsnittsprisen per DDD noe lavere i 2006 sammenlignet med 2005. I 2003 kostet Nexium 13,90 kroner per DDD og omeprazol (Lo-sec) kostet 12,30 kroner per DDD. I 2006 koster Nexium 12,80 kroner per DDD, mens gjennomsnittsprisen for en DDD omeprazol er redusert til 6,80 kroner. Omeprazol fikk generisk konkurranse fra 1. september 2001. I perioden 2003 til 2006 er forbruket av omeprazol målt i DDD blitt redusert med 9 prosent, mens forbruket av Nexium som fortsatt har patentbeskyttelse har økt med 60 prosent i samme periode.

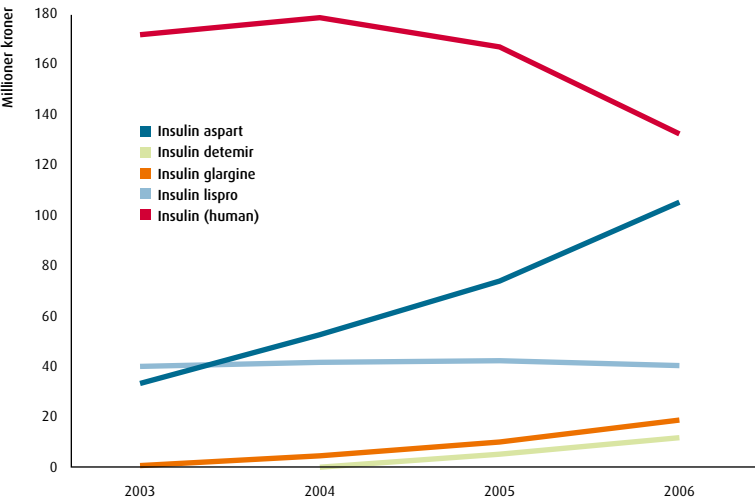
A10 MIDLER TIL DIABETESBEHANDLING

I Norge regnes det med at rundt 200 000 personer har diabetes mellitus. Av disse er 25 000 i

gruppen type-I-diabetes, også kalt insulinavhengig diabetes. Resten er i gruppen type-II-diabetes, men kun rundt halvparten har fått diagnosen fastlått. Type-II-diabetes er i utgangspunktet ikke insulinavhengig¹. Det er 20–30 prosent av de som har fått diagnosen type-II-diabetes som vil ha behov for insulinbehandling². Det er om lag 2000 barn under 15 år som har diabetes, og det oppdages rundt 250 nye tilfeller hvert år.¹

I 2006 ble det omsatt blodsukkerregulerende legemidler til diabetesbehandling for 426 millioner kroner samlet, hvorav insulinomsetningen utgjør 69 prosent. Omsetningen målt i kroner økte med 5,6 prosent fra 2005 og forbruket i DDD økte med 6,7 prosent. Dette viser at stadig flere behandles for diabetes og at gjennomsnittsprisen per DDD er redusert noe.

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

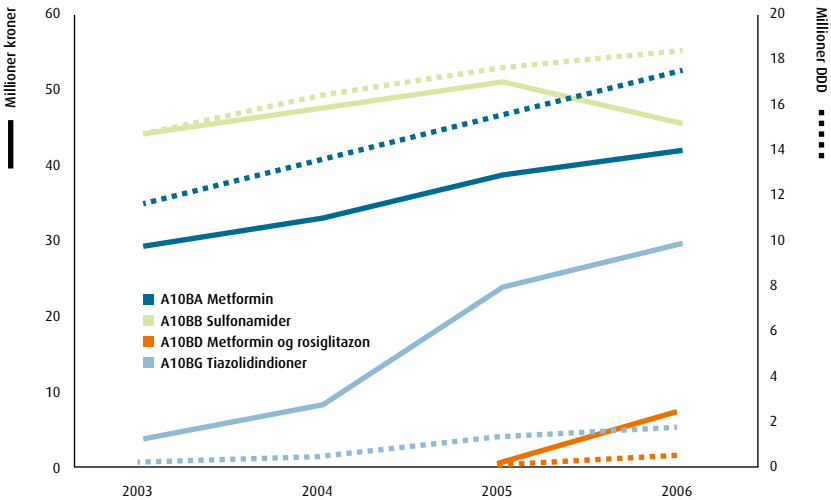


Figur 12.2 Utvikling i omsetningen for insulinpreparater etter resept i kroner 2003–2006 (mill kr)

A10A INSULINER

Veksten i totalforbruket av insulin er relativt stabilt, med en økning på ca 3 prosent hvert år fra 2003. 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 og 2004 ble det lansert nye typer av langtidsvirkende insulinanaloger, insulin glargin og insulin detemir (Lantus og Levemir). Disse er anbefalt benyttet kun ved vanskelig regulérbar type-I-diabetes. De refunderes ikke under blåreseptforskriften § 9, men det kan søkes om refusjon på individuelt grunnlag jfr. blåreseptforskriften § 10a.



Figur 12.3 Utvikling av omsetning i kroner og forbruk i DDD etter resept av perorale antidiabetika (mill kr og mill DDD)

Figur 12.2 viser at Insulin aspart (NovoRapid) øker mest. Preparatet ble omsatt for 100,1 millioner kroner i 2006, en økning på 41,7 prosent fra 2005. Insulin human er fortsatt det mest omsatte (126,4 millioner kroner), men omsetningen er redusert med 20,5 prosent fra 2005. Salget av de to nye insulinanalogene glargine (Lantus) og detemir (Levemir) er nær fordoblet fra 2005, og har en samlet omsetning på omlag 29,9 millioner kroner i 2006.

Utvikling i omsetningen av perorale antidiabetika (tabletter) viser at sulfonamidene (glipenklamid, glipizid og glimepirid) forbruket målt i DDD øker noe mens gjennomsnittsprisen per DDD er redusert (se figur 12.3). Disse ble inkludert i trinnprissystemet i løpet av 2006. Omsetning og forbruk

av metformin (Metformin, Glucophage) og disse i kombinasjon med rosiglitazone (Avandamet) øker noe. De nyeste midlene Avandia (rosiglitazon) og Actos (pioglitazon) øker også. Disse har rekvireringsrestriksjoner slik at kun leger med utstrakt erfaring med diabetesbehandling kan rekvirere. Samtidig vil de kun bli refundert på blå resept når de kombineres med andre diabetesmidler.

A08 MIDLER MOT FEDME, EKSKL. DIETTPREPARATER

Det ble omsatt legemidler til behandling av fedme for 80,3 millioner kroner i 2006. Dette er en reduksjon på 11,5 prosent fra året før. Kvinner står for 81 prosent av forbruket. Det er i hovedsak kvinner i aldersgruppen 20–66 år som bruker midler mot fedme.



ATC 2. nivå		2006 mill kr	Prosent endring 2005–06	2006 mill DDD	Prosent endring 2005–06	DDD pr. 1000 innb./døgn 2006
B01	Antitrombotiske midler	320,6	8,9	129,6	5,4	76,0
B02	Antihemoragika	66,2	24,9	0,2	3,1	0,1
B03	Midler mot anemi	117,0	2,0	22,6	-3,4	13,3
B05	Blodsubstitutter og infusjonsoppløsninger	11,4	-2,4	0,0	0,0	0,0
B06	Andre hematologiske midler	0,0	-50,7	0,0	0,0	0,0
Totalt		515,2	8,7	152,5	4,0	89,4

Tabell 13.1 Omsetning av ATC-gruppe B etter resept i kroner og DDD (mill kr og mill DDD)

13. MIDLER SOM PÅVIRKER BLODET

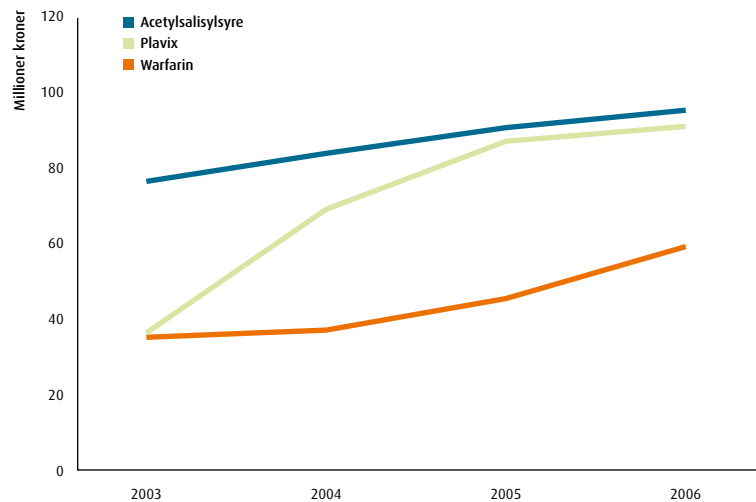
ATC-GRUPPE B

Kapitlet tar for seg salg på resept av blodfortynnende midler og midler mot anemi. Denne hovedgruppen domineres av blodfortynnende legemidler (antitrombotiske midler) som ble omsett for 320,6 millioner kroner i 2006, en økning på 8,9 prosent fra 2005.

B01 ANTITROMBOTISKE MIDLER (BLODFORTYNNENDE LEGEMIDLER)
Innenfor denne gruppen har acetylsalicylsyre (Albyl-E) vært og er den største i 2006 med en omsetning på 95,6 millioner kroner og et forbruk på 101,7 millioner DDD (se figur 13.1). Dette gir en gjennomsnittspris per DDD på 0,94 kroner. Siste år har det vært en utflatning i omsetningen av Plavix (clopidogrel). Plavix (clopidogrel) ble tatt inn på refusjonslisten 1. august 2004, og hadde en betydelig vekst både i kroner og DDD fra 2004 til 2005. Plavix (clopidogrel) omsettes nå på samme nivå som acetylsalicylsyre målt i

kroner, 90,9 millioner kroner, og 4,9 millioner DDD, tilsvarende en gjennomsnittspris per DDD på 18,60 kroner. Vilklårene for refusjon av Plavix (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 2006 med 17 millioner DDD, og en pris per DDD på 3,40 kroner.

Det er legemidler i gruppen blodfortynnende midler som forårsaker flest alvorlige bivirkninger



Figur 13.1 Utvikling i omsetningen for de tre mest solgte blodfortynnende midlene etter resept i kroner 2003–2006 (mill kr)

hvert år (84 prosent av meldte bivirkninger i 2005). Av 134 dødsfall på grunn av legemidler i 2005, var 44 prosent på grunn av antitrombotiske/antikoagulerende midler¹.

Det ble solgt antitrombotiske midler til sykehus/sykehjem (ordrekunde) for 101 millioner kroner, noe under halvparten av dette (45 millioner kroner) var legemidler i undergruppen for hepariner. Hepariner er legemidler til injeksjon som i stor grad brukes til forebygging av blodpropp.

B03 LEGEMIDLER MOT ANEMI

I salg på resept utgjør vitamin B12 injeksjoner en omsetning på 15 millioner kroner og 21,7 millioner DDD. Darbepoetin alfa (Aranesp) og

erythropoietin (Epex, NeoRecormon) ble omsatt for 100,5 millioner kroner, og 940 000 DDD. Disse legemidlene brukes ved anemi ved kronisk nedsatt nyrefunksjon og etter kreftbehandling med kjemoterapi.

¹ <http://www.legemiddelverket.no/upload/25856/Arssrapport%202005ny.pdf>





ATC 2. nivå		2006 mill kr	Prosent endring 2005–06	2006 mill DDD	Prosent endring 2005–06	DDD pr. 1000 innb./ døgn 2006
C01	Hjerteterapi	81,8	-5,8	27,6	-5,1	16,2
C02	Antihypertensiva	59,0	-11,9	7,4	-5,3	4,4
C03	Diuretika	76,1	6,8	74,4	7,3	43,7
C04	Perifere kardilaterende midler	1,9	-39,9	0,4	-12,6	0,2
C05	Vasoprotektiver	5,1	4,8	0,0	0,0	0,0
C07	Betablokkere	253,5	-0,7	66,4	2,0	38,9
C08	Kalsiumantagonister	187,5	-3,9	82,6	4,9	48,4
C09	Midler med virkning på renin-angiotensinsystemet	829,2	3,7	183,4	6,9	107,5
C10	Serumlipidsenkende	731,5	-14,3	244,4	15,0	143,3
Totalt		2 225,7	-4,7	686,6	8,2	402,7

Tabell 14.1 Omsetning av ATC-gruppe C etter resept i kroner og DDD (mill kr og mill DDD)

14. HJERTE- OG KARSYKDOMMER

ATC-GRUPPE C

Kapitlet omhandler salg på resept av legemidler som brukes ved behandling av hjerte- og karsykdommer. Legemidlene virker blodtrykksenkende (C02, C03, C07, C08, C09), kolesterolsenkende (C10) eller de virker inn på hjertet og hjerterytmen (C01).

BLODTRYKKSSENKENDE MIDLER (C02, C03, C07, C08 OG C09)
Legemidler i gruppen C02 Antihypertensiva benyttes stadig mindre. Dette skyldes at disse legemidlene ikke lenger kan rekvireres på blå resept. Midlene er av eldre type, og er ikke lenger å regne som anbefalt behandling.

I C03 Diuretika ble undergruppen tiazider innført som foretrukket legemiddel ved behandling av ukomplisert hypertensjon fra 1. mars 2004 (se kapittel 9 for nærmere omtale). Fra 2003 til 2006 har det vært en tredobling av omsetningen av disse legemidlene (fra 6 millioner til 18 millioner

kroner). Fra 2005 til 2006 økte omsetningen av tiaziddiuretika med 25,2 prosent.

Salget av C07 Betablokkere målt i kroner er stabil. Salget av C08 Kalsiumantagonister målt i verdi har gått ned, mens forbruket målt i DDD øker svakt. Dette viser en reduksjon i gjennomsnittsprisen per DDD for preparatene i gruppen. I 2003 var gjennomsnittsprisen per DDD 4,40 kroner, mens den i 2006 var redusert til 2,30 kroner. Reduksjonen skyldes i hovedsak at Norvasc (amlodipin) og Plendil (felodipin) har mistet sin patentbeskyttelse og ble inkludert i trinnsprissystemet (se kapittel 6).

Midler som virker på renin-angiotensinsystemet (C09) er den mest brukte gruppen innenfor blodtrykksenkende legemidler og den nest mest brukte innenfor legemidler for hjerte- og karsykdommer. Disse ble omsatt for 829,2 millioner kroner i 2006, en økning på 3,7 prosent.

I følge tabell 14.2 ble det for aldersgruppen 40–54 år forbrukt 3,1 millioner DDD tiazider i 2006. Kvinner står for 54 prosent av dette forbruket, menn for 46 prosent. Tilsvarende fordeling kan også observeres for aldersgruppen 55–66 år. I begge disse aldersintervallene er det totalt like mange menn og kvinner i befolkningen. For lege-

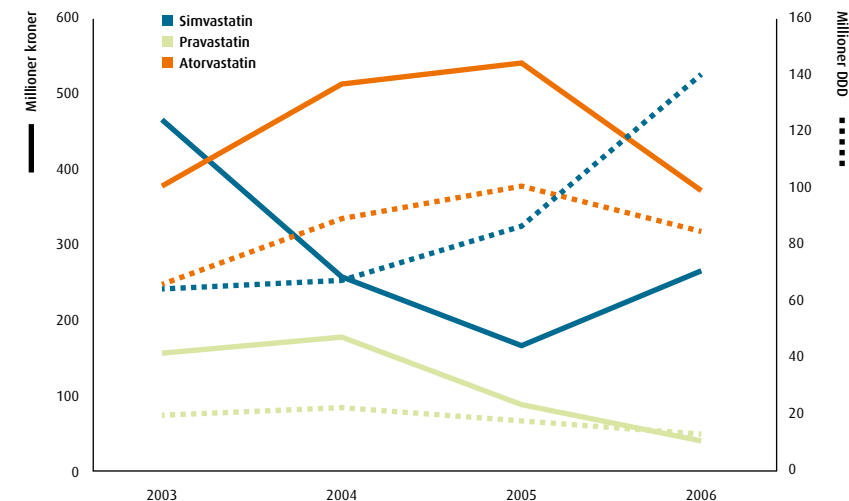
		C03A Tiazider		C08 kalsiumantagonister		C09 ACE-hemmere og Angiotensin II-antagonister	
		mill DDD	Prosent-andel	mill DDD	Prosent-andel	mill DDD	Prosent-andel
Inntil 20 år	Kvinner	0,004	58	0,02	51	0,07	50
	Menn	0,003	42	0,02	49	0,06	50
21–39 år	Kvinner	0,24	54	0,4	36	1,6	41
	Menn	0,2	46	0,7	64	2,3	59
40–54 år	Kvinner	1,7	54	3,3	35	11,2	40
	Menn	1,4	46	6,2	65	16,8	60
55–66 år	Kvinner	3,1	56	9,8	39	24,7	42
	Menn	2,5	44	15,4	61	34,7	58

Tabell 14.2 Forbruket i DDD av tiazider, kalsiumantagonister og ACE-hemmere/angiotensin II-antagonister i 2006 fordelt etter kjønn og alder

middelgruppene C08 Kalsiumantagonister og C09 ACE-hemmere/angiotensin II-antagonister ses et omvendt bilde. Kvinner i aldersgruppen 40–54 år står for henholdsvis 35 prosent og 40 prosent av forbrukte DDD av C08 og C09. I aldersgruppen 55–66 år er henholdsvis 39 prosent kalsiumantagonister og 42 prosent ACE-hemmere og angiotensin II-antagonister forbrukt av kvinner. Dette kan tyde på at kvinner i større grad enn menn blir satt på billige blodtrykksenkende midler.

C10 SERUMLIPIDSENKENDE MIDLER

Det ble omsatt legemidler i denne gruppen for 731,5 millioner kroner i 2006, en nedgang i omsetning på 14,3 prosent fra 2005. Forbruket målt i DDD økte med 15 prosent. Av det totale forbruket av statiner på 243 millioner DDD i 2006, utgjør simvastatin (Zocor) 58 prosent, Lipitor (atorvastatin) 35 prosent og pravastatin (Pravachol) 6 prosent (se figur 14.1). Reseptregisteret (Folke-



Figur 14.1 Utvikling i omsetningen for Lipitor, simvastatin og pravastatin etter resept i kroner og DDD 2003–2006 (mill kr og mill DDD)

helseinstituttet) har registrert om lag 330 000 brukere av statiner i 2005, fordelt på henholdsvis 46 prosent kvinner og 54 prosent menn.

Fra 1. juni 2005 kom det nye bestemmelser som sier at simvastatin (Zocor) skal være foretrukket legemiddel i gruppen ved rekvirering på blå resept, og kun ved tungtveiende medisinske grunner skal lege kunne rekvirere noe annet¹.

Forbruket av simvastatin (Zocor) fortsetter å øke mens Lipitor (atorvastatin) avtar. Andre halvår 2005 var forbruket målt i DDD av simvastatin (Zocor) og Lipitor (atorvastatin) på samme nivå. Utgiftene til atorvastatin var likevel mer enn det dobbelte av simvastatin (Zocor). I 2006 viste salget av Lipitor (atorvastatin) målt i kroner en større reduksjon enn forbruket målt i DDD. Gjennomsnittsprisen per DDD er redusert, fra 5,35 kroner i 2005 til 4,40 kroner i 2006.

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



15. LEGEMIDLER VED HUDSYKDOMMER

ATC-GRUPPE D

Legemidler i gruppe D som rekvireres på resept er hovedsaklig midler til bruk lokalt på huden ved eksem, infeksjoner, psoriasis og kvisebehandling. I tillegg kommer legemidler i form av tabletter som tas opp i kroppen og virker i huden. Det beregnes ikke DDD for dermatologiske midler. Slike verdier er derfor ikke med i tabellen.

I gruppen D01 Fungicider til dermatologisk bruk har det vært en reduksjon i omsetningen etter resept på 28,3 prosent. I gruppen inngår kremer,

geler, linimenter og lignende til utvortes behandling av sopp i huden. Mange av disse selges også uten resept.

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

ATC 2. nivå		2006 mill kr	Prosent endring 2005–2006
D01	Fungicider til dermatologisk bruk	31,0	-28,3
D05	Antipsoriasismidler	41,4	-6,0
D06	Antibiotika og kjemoterapeutika, dermatologiske	17,8	1,9
D07	Kortikosteroider til dermatologisk bruk	79,9	-2,5
D08	Antiseptika og desinfiserende midler	0,6	9,0
D09	Medisinsk forbindingsmateriell	0,3	-0,4
D10	Midler mot akne	9,9	4,0
D11	Andre dermatologiske midler	5,2	-18,1
Totalt		186,2	-8,5

Tabell 15.1 Omsetning av ATC-gruppe D etter resept i kroner (mill kr)



ATC 2. nivå		2006 mill kr	Prosent endring 2005–06	2006 mill DDD	Prosent endring 2005–06	DDD per 1000 innb./døgn 2006
G01	Antiinfektiva og antiseptika til gynekologisk bruk	4,7	-3,4	0,1	-3,2	0,1
G02	Andre gynekologiske midler	44,6	1,4	3,0	8,6	1,8
G03	Kjønns hormoner og midler med effekt på genitalia	353,9	1,2	128,6	2,0	75,4
G04	Urologika	306,5	3,4	18,5	16,4	10,9
Totalt G		709,7	2,1	150,2	3,7	88,1

Tabell 16.1 Omsetning av ATC-gruppe G etter resept i kroner og DDD (mill kr og mill DDD)

16. PREVENSJON, MIDLER SOM VIRKER I KJØNNNS-ORGANER OG URINVEIER

ATC-GRUPPE G

Den største undergruppen er prevensjonsmidler og kjønns hormoner til behandling av plager i overgangsalderen hos kvinner (G03) og midler til vannlatingsplager og impotens (G04).

G02B OG G03A RESEPTPLIKTIGE PREVENSJONSMIDLER MED KJØNNSHORMONER¹

Prevensjonsmidler i form av spiral, vaginalt innlegg, implantat eller plaster ble omsatt for 49 millioner kroner i 2006, en reduksjon på 3 prosent fra 2005. Prevensjonsmidler i form av tabletter (p-piller) er jevnt stigende og ble omsatt for 119,2 millioner kroner og 69,9 millioner DDD. Dette tilsvarer en økning på 7,8 prosent målt i kroner og 6,1 prosent målt i DDD fra 2005.

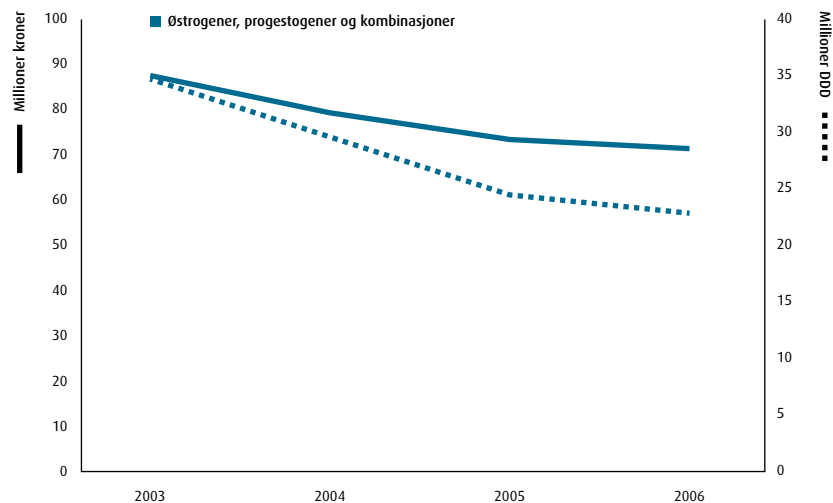
Trinordiol og Trionetta brukes av flest, mens Yasmin kommer som nummer to. Yasmin har den høyeste omsetningen målt i antall kroner.

Fra 1. mars 2006 ble finansieringsordningen for gratis p-piller for kvinner mellom 16 og 19 år endret fra fullt bidrag til at de nå får dekket inntil 100 kroner per tre måneders forbruk (se kapittel 9 for nærmere omtale).

HORMONBEHANDLING AV PLAGER I OVERGANGSALDEREN HOS KVINNER G03C ØSTROGENER OG G03F PROGESTOGENER OG ØSTROGENER I KOMBINASJON

Gruppen omfatter legemidler som inneholder hormoner til bruk ved plager som kan følge med overgangsalderen hos kvinner. Omsetningen målt i både kroner og DDD er synkende. Det er totalt omsatt for 71,3 millioner kroner (se figur 16.1), hvorav østrogenpreparater utgjør 34 millioner kroner. Det har vært en reduksjon i omsetningen målt i kroner på 3,2 prosent fra 2005. Innenfor gruppen er det en økning i omsetningen målt i kroner på 12,7 prosent for østradioler, mens forbruket i DDD økte med 3,5 prosent.

¹ Prevensjonsmidler til bruk rett etter ubeskyttet samleie kalt nødprevensjon eller "angrepiller" selges uten resept og omtales i kapittel 7.



Figur 16.1 Utvikling i omsetningen for østrogener, progestogener og kombinasjoner etter resept i kroner og DDD 2003–2006 (mill kr og mill DDD)

Nedgangen i forbruket kan 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 like aktuell behandling som før².

LEGEMIDLER VED INFERTILITETSPROBLEMER G03G GONADOTROPINER OG ANDRE OVULASJONSSTIMULERENDE MIDLER

Det ble omsatt legemidler for å avhjelpe infertilitet for 60 millioner kroner i 2006, en reduksjon fra 2005 på 5 prosent. Forbruket i definerte døgndoser er stabilt. Dette betyr at gjennomsnittsprisen per DDD for legemidlene innenfor gruppen er redusert.

² <http://www.legemiddelverket.no/upload/20004/Terapi-Osteoporose-Sept2004.pdf>



G04 UROLOGIKA

Denne gruppen er inndelt i to undergrupper – legemidler til behandling av urininkontinens og impotens. Førstnevnte omfatter legemidlene Detrusitol (tolterodin), Vesicare (solifenacin) og Kentera (oxybutynin). Omsetningen av disse legemidlene har økt fra 97 millioner kroner i 2003 til 123,7 millioner kroner i 2006 dvs. en økning på 27,5 prosent.

Det ble solgt legemidler til behandling av potensproblemer for 119,3 millioner kroner det siste året. Midlene er bare godkjent til bruk ved potensproblemer hos menn. Viagra (sildenafil) står for den største omsetningen i 2006, 64,4 millioner kroner og 1,2 millioner DDD, mens Cialis (tadalafil) omsatte for 33,3 millioner kroner.



ATC 2. nivå		2006 mill kr	Prosent endring 2005–06	2006 mill DDD	Prosent endring 2005–06	DDD pr. 1000 innb./døgn 2006
H01	Hypofyse-, hypothalamushormoner og analoger	242,4	-0,7	2,5	-5,2	1,5
H02	Kortikosteroider til systemisk bruk	37,4	4,8	19,7	3,6	11,5
H03	Thyreoideterapi	50,3	1,1	35,9	3,7	21,0
H04	Pankreashormoner	2,7	-13,0	0,0	-4,0	0,0
H05	Kalsium homøostase	9,0	34,6	0,1	23,6	0,0
Totalt		341,9	0,7	58,2	3,3	34,1

Tabell 17.1 Omsetning av ATC-gruppe H etter resept i kroner og DDD (mill kr og mill DDD)

17. HORMONER TIL BEHANDLING AV VEKST-FORSTYRRELSER OG KREFT

ATC-GRUPPE H

Undergruppen H01 har den største omsetningen målt i kroner, og omfatter blant annet kostbar hormonbehandling ved vekstforstyrrelser. .

I 2006 ble det omsatt somatropin (til behandling av veksthemming) for 138,5 millioner kroner. Omsetningen er omtrent som året før, men antall solgte doser er økt med 4,2 prosent, dvs. at gjennomsnittsprisen per DDD er redusert. Reseptregisteret (Folkehelseinstituttet) viser at om lag 1300 personer fikk slik behandling i 2005.

I gruppen H02 kortikosteroider til systemisk bruk er legemidlet prednisolon (Prednisolon) størst med en omsetning på 26,7 millioner kroner og et forbruk på

17 millioner DDD i 2006. Prednisolon er et legemiddel som benyttes ved en rekke alvorlige lidelser der inflammatorisk og immunsuppressiv effekt ønskes.

H03 Thyreoideterapi er legemidler til bruk ved lavt stoffskifte. Det ble omsatt 35 millioner DDD av gruppen, og Levaxin (levotyroxinnatrium) er bortimot enerådende. Tall fra Reseptregisteret (Folkehelseinstituttet) viser at rundt 120 000 kvinner og 24 000 menn brukte legemidler til behandling av lavt stoffskifte i 2005, og de fleste kvinnene var 50 år og eldre.

18. LEGEMIDLER TIL BRUK VED INFEKSJONER

ATC-GRUPPE J

Legemidler til behandling av bakterielle infeksjoner blir brukt av en stor del av befolkningen periodevis. En fjerdedel av befolkningen får en resept på antibiotika i løpet av ett år (jf Reseptregisteret). Salget i denne gruppen er relativt stabilt, med noen variasjoner innen de ulike gruppene av antibakterielle midler.

J01 ANTIBAKTERIELLE MIDLER TIL SYSTEMISK BRUK

Antibakterielle midler er den legemiddelgruppen som brukes mest mot infeksjoner, og hadde en omsetning på 278,8 millioner kroner etter resept og 198,9 millioner kroner etter ordre til helseinstitusjoner (sykehus/sykehjem) i 2006. Det har ikke vært større endringer i forbruket målt i DDD de siste tre årene.

I gruppe J01 er penicilliner størst. De ble omsatt for 112,9 millioner kroner. Andre store grupper i

ATC 2. nivå		2006 mill kr	Prosent endring 2005-06	2006 mill DDD	Prosent endring 2005-06	DDD per 1000 innb./døgn 2006
J01	Antibakterielle midler til systemisk bruk	278,8	1,7	25,2	5,0	14,8
J02	Antimykotika til systemisk bruk	14,1	5,3	0,2	9,3	0,1
J04	Antimykobakterielle midler	0,7	42,3	0,2	6,0	0,1
J05	Antivirale midler til systemisk bruk	172,3	6,6	1,2	-7,9	0,7
J06	Immunsera og immunoglobuliner	27,3	7,9	0,0	-	0,0
J07	Vaksiner	28,6	44,4	0,0	-	0,0
Totalt		521,7	5,5	26,8	4,4	15,7

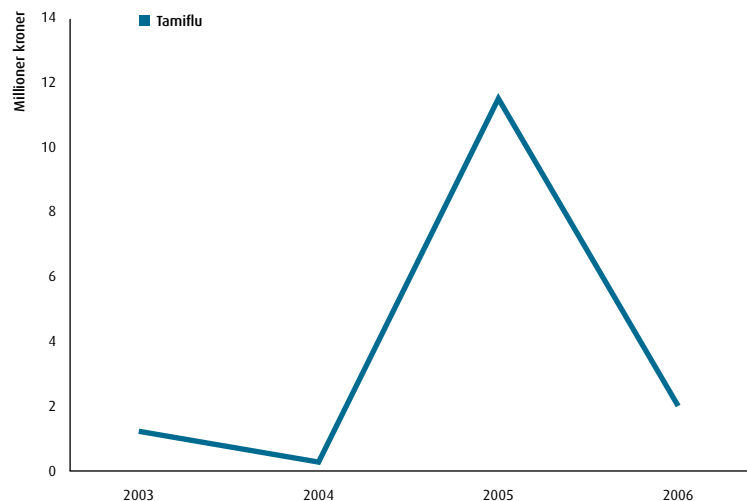
Tabell 18.1 Omsetning av ATC-gruppe J etter resept i kroner og DDD (mill kr og mill DDD)

ATC 5. nivå	Virkestoff	2003 mill kr	2004 mill kr	2005 mill kr	2006 mill kr
J01AA02	Doksycyklin	20,8	18,6	19,7	19,0
J01CA08	Pivmecillinam	22,5	25,3	29,7	32,9
J01CE02	Fenoksymethylpenicillin	41,7	40,4	44,2	45,5
J01FA01	Erytromycin	21,2	19,8	21,7	21,7
J01MA02	Ciprofloxacin	17,8	17,0	13,5	14,7
J01FA10	Azitromycin	13,3	14,8	17,9	18,3

Tabell 18.2 Utvikling i omsetningen for et utvalg antibakterielle midler etter resept i kroner 2003-2006 (mill kr)

ATC 5. nivå	Virkestoff	2003 mill kr	2004 mill kr	2005 mill kr	2006 mill kr
J01CR05	Piperacillin og enzyhemmer	2,1	4,9	9,8	11,7
J01DB03	Cefalotin	12,1	12,1	10,9	30,3
J01DD01	Cefotaxim	19,7	17,3	13,6	14,4
J01DH02	Meropenem	19,3	22,3	25,5	11,6
J01MA02	Ciprofloxacin	20,4	21,5	21,7	20,1

Tabell 18.3 Utvikling i omsetningen for et utvalg antibakterielle midler etter ordresalg i kroner 2003-2006 (mill kr)



Figur 18.1 Utvikling i omsetningen av Tamiflu (oseltamivir) etter resept i kroner 2003–2006 (mill kr)

J01 er makrolider og linkosamider (J01F) med en omsetning på 62,3 millioner kroner.

Fenoksymetylpencillin (Apocillin og Weifapenin) er det mest brukte, spesielt i primærhelsetjenesten. Dette er førstevalg ved behandling av vanlige infeksjoner i de øvre luftveiene.

ANTIMIKROBIELLE MIDLER TIL HELSEINSTITUSJONER (ORDRESALG)

Den største gruppen ved ordresalg (sykehus/sykehjem) er J01D hvor legemidler som cefalosporiner, monobaktamer og karbapenemer finnes (omsatt for 79,4 millioner kroner). Innenfor gruppen er det Meronem (meropenem) som er størst med en omsetning på 30,3 millioner kroner. Dette er et antibiotikum til bruk ved alvorlige infeksjoner der andre antibiotika ikke virker, som

for eksempel alvorlige bakterielle lungebetennelser og cystisk fibrose. Ciprofloxacin, som er et bredspektret kjemoterapeutikum, følger deretter med en omsetning på 20,0 millioner kroner (se tabell 18.3).

J05 ANTIVIRALE MIDLER TIL SYSTEMISK BRUK

J05 antivirale midler er den nest største gruppen i omsetning målt i kroner. Denne gruppen domineres av legemidler til behandling av HIV, med en omsetning på 172,3 millioner kroner i 2006.

Influensamedisinen Tamiflu (oseltamivir) ble omsatt for kun 2,0 millioner kroner i 2006. Omsetningen av dette legemiddelet synes å følge omtale av fugleinfluensa i mediene, mer enn faktisk bruk til vanlig influensa. Slik mediomtale fant sted i 2005, mens det har vært lite omtalt i 2006.





19. MIDLER TIL BEHANDLING AV KREFT OG IMMUNRELATERTE SYKDOMMER

ATC-GRUPPE L

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

I dette kapitlet presenteres også salget til sykehus og andre helseinstitusjoner (ordresalg), siden dette utgjør en relativt stor andel av det totale salget innenfor denne hovedgruppen.

L01 MIDLER TIL BEHANDLING AV KREFT

Dette er en kostbar gruppe hvor 77 prosent av totalomsetningen går til sykehus. I sykehus omfatter gruppen avansert og kostbar kreftbehandling. De to største produktene er MabThera (rituximab) med omsetning på 86 millioner kroner og

ATC 2. nivå		2006 mill kr	Prosent endring 2005-06	2006 mill DDD	Prosent endring 2005-06	DDD per 1000 innb./ dogn 2006
L01	Antineoplastiske midler	131,1	28,0	0,4	18,0	0,2
L02	Endokrin terapi	309,0	6,4	8,5	6,1	5,0
L03	Immunstimulerende	298,7	11,3	1,6	17,3	0,9
L04	Immunsuppressive midler	827,6	8,9	7,9	4,2	4,7
Totalt		1566,4	10,2	18,3	6,3	10,7

Tabell 19.1 Omsetning av ATC-gruppe L etter resept i kroner og DDD (mill kr og mill DDD)

ATC 2. nivå		2006 mill kr	Prosent endring 2005-06	2006 mill DDD	Prosent endring 2005-06
L01	Antineoplastiske midler	464,9	28,9	0,2	1,2
L02	Endokrin terapi	11,1	-8,9	0,3	-12,4
L03	Immunstimulerende	15,2	0,5	0,04	-0,5
L04	Immunsuppressive midler	227,5	64,2	1,1	55,7
Totalt		718,7	36,5	1,7	26,6

Tabell 19.2 Omsetning av ATC-gruppe L etter ordre i kroner og DDD (mill kr og mill DDD)

Herceptin (trastuzumab) med en omsetning på 89 millioner kroner. Deretter kommer taxanene paklitaxel (Taxol) og Taxotere (docetaxel) (se figur 19.1). MabThera (rituximab) fikk høsten 2006 også indikasjon for reumatoid artritt.

Gjennomsnittsprisen per DDD i 2006 er henholdsvis 27 500 kroner for MabThera (rituximab), 43 500 kroner for Herceptin (trastuzumab), 87 200 kroner for Taxotere (docetaxel) og 20 000 kroner for paklitaxel (Taxol). Omsetningen av

paclitaxel (Taxol) er redusert med 45 prosent fra 2004 til 2006, og gjennomsnittsprisen per DDD er halvert i perioden.

L02 ENDOKRIN TERAPI

Dette er hormoner og beslektede legemidler som selges etter resept til behandling av kreft. Disse ble omsatt for 309 millioner kroner i 2006. Størst i gruppen er Casodex (bicalutamid) med en omsetning på 133,1 millioner kroner. Casodex (bicalutamid) brukes ved prostatakreft,

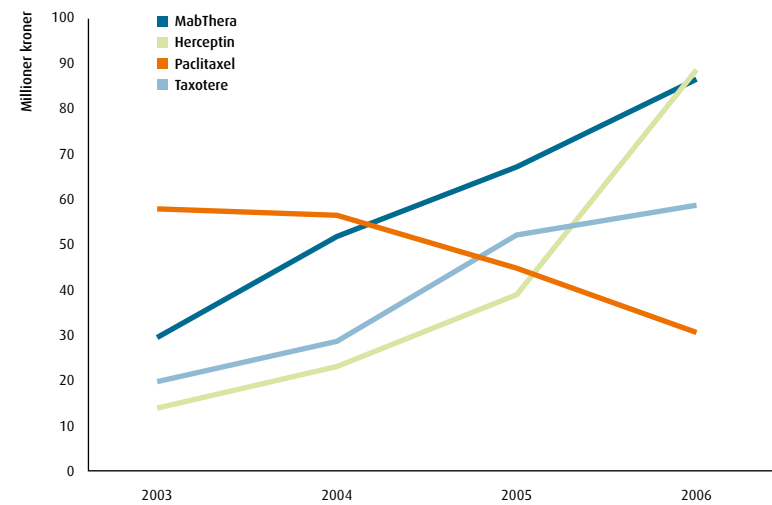


Fig. 19.1 Utvikling i omsetningen for et utvalg av midler til behandling av kreft etter ordresalg i kroner 2003–2006 (mill kr)

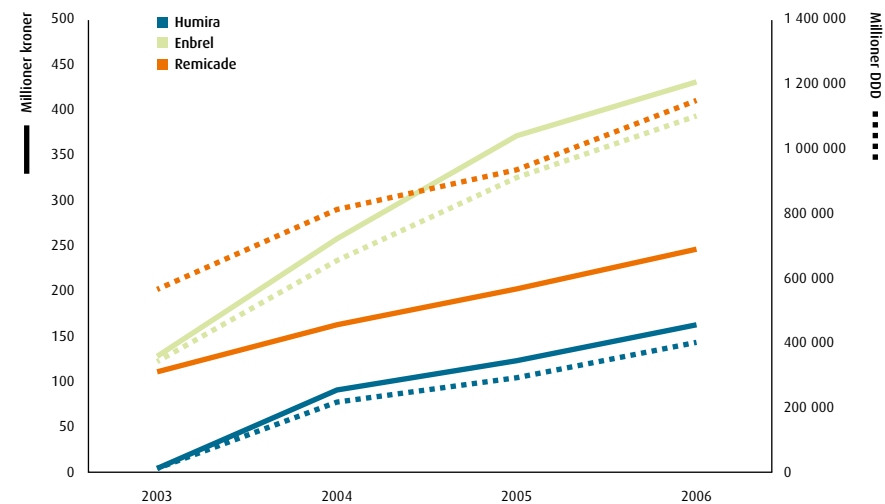


Fig 19.2 Utvikling i samlet omsetning for TNF-hemmerne etter resept og ordresalg i kroner og DDD 2003–2006 (mill kr og mill DDD)

og kostnaden er 45 kroner per døgndose. I følge Reseptregisteret (Folkehelseinstituttet) var det 4700 menn som brukte Casodex i 2005.

L03 IMMUNSTIMULERENDE MIDLER
Immunstimulerende midler benyttes blant annet til behandling av multipel sklerose. Det var en omsetning på 298,7 millioner kroner etter resept i 2006, og en økning på 11,3 prosent fra 2005. Interferon beta-1a (Avonex, Rebif) stod alene for 129,3 millioner kroner.

L04 IMMUNSUPPRESSIVE MIDLER
Det ble omsatt immunsuppressive midler for mer enn 1 milliard kroner i 2006. TNF-hemmerne Enbrel (etanercept), Remicade (infliximab) og Humira (adalimumab) stod for 837 millioner av disse, dvs. omlag 79 prosent. Immunsuppressive midler benyttes ved reumatiske sykdommer som leddgikt og lignende, og TNF-hemmere brukes i de tilfellene hvor vanlig behandling ikke er tilfredsstillende. Remicade gis som infusjon, og gis derfor i hovedsak på sykehus eller poliklinikk, mens de to andre er injeksjoner som kan settes av pasienten selv.

I juni 2006 ble finansieringsansvaret for TNF-hemmere overført fra trygdens blåreseptordning til de regionale helseforetakene. Omsetningen målt i kroner av Enbrel var 429 millioner kroner, Remicade (infliximab) 245,3 millioner kroner og Humira 163,2 millioner kroner i 2006 (se figur 19.2). Se også kommentarer til tabell 4.3 i kapittel 4.



20. MUSKLER OG SKJELETT

ATC-GRUPPE M

Gruppen har to store undergrupper, midler mot betennelsestilstander i muskler og ledd og giktsykdommer (M01) samt midler til behandling av bensykdommer som osteoporose (benskjørhet) (M05).

M01A MIDLER MOT BETENNELSESTILSTANDER I MUSKLER OG SKJELETT

Legemidlene i denne gruppen benyttes til behandling av muskel- og leddsmerter og betennelser som følge av kroniske reumatiske lidelser. Etter store endringer grunnet tilbaketrekking av og redusert bruk av legemidler i koksib-gruppen på grunn av bivirkninger, er det nå mindre endring i omsetning og forbruk. Tilbakegangen fra 2005 på 16,8 prosent skyldes fortsatt redusert bruk av koksibet Celebra (celekoksib).

Legemiddelet glukosamin (Gluxine, Movere, Samin) har hatt en omsetningsvekst på ca 7 prosent fra 2005 og ble omsatt for 32 millioner kroner i 2006. Glukosamin (Gluxine, Movere, Samin) lindrer symptomer ved mild og moderat artrose.

ATC 2. nivå		2006 mill kr	Prosent endring 2005-06	2006 mill DDD	Prosent endring 2005-06	DDD per 1000 innb./ døgn 2006
M01	Antiinflammatoriske og antireumatiske midler	223,3	-16,8	56,5	4,4	33,1
M02	Utvortes preparater ved muskel-/leddsmerter	2,1	-17,0	0,0	-	0,0
M03	Muskelrelakserende midler	50,0	-3,0	4,2	-4,0	2,4
M04	Giktmidler	13,6	5,2	4,6	4,5	2,7
M05	Midler til behandling av bensykdommer	120,1	-28,6	15,2	7,6	8,9
Totalt		409,0	-18,7	80,5	4,5	47,2

Tabell 20.1 Omsetning av ATC-gruppe M etter resept i kroner og DDD (mill kr og mill DDD)

Det er flest kvinner blant brukerne, med 71,3 prosent målt i DDD. Brukerne tilhører i hovedsak de eldre årsklassene, med 64,5 prosent av totalt antall brukere i aldersgruppen over 61 år.

Legemidlene ibuprofen, naproksen og lignende omsettes mest som reseptfritt. For ibuprofen utgjør omsetningen etter resept 27 millioner kroner, dvs. 20 prosent av totalomsetningen til kunde. Nærmere omtale av det reseptfrie salget finnes i kapittel 7.

M05 MIDLER TIL BEHANDLING AV BENSYKDOMMER

Denne gruppen legemidler brukes til behandling av benskjørhet (osteoporose), og gruppen viser en jevn stigning i forbruket målt i DDD. Resept-

omsetningen målt i kroner for denne gruppen var 120,1 millioner kroner i 2006, en reduksjon på 28,6 prosent fra 2005. Forbruket målt i DDD økte med 7,6 prosent fra 2005. Dette betyr at gjennomsnittsprisen per DDD for legemidlene i gruppen er betydelig redusert. Dette skyldes i hovedsak at Fosamax (alendronsyre) mistet sin patentbeskyttelse 1. desember 2005 og ble inkludert i trinnprissystemet fra samme tidspunkt. Alendronsyre (Fosamax) står alene for 90 millioner kroner.

Det er flest kvinner som bruker midler til behandling av bensykdommer (om lag 90 prosent).

21. MIDLER SOM PÅVIRKER NERVESYSTEMET

ATC-GRUPPE N

Gruppen inneholder midler til behandling av smerter, psykiske plager, epilepsi, migrene, atferdsforstyrrelser og stoffavhengighet. Gruppe N er den absolutt største gruppen med hensyn til omsetning i kroner.

Det totale salget på resept for denne legemiddelgruppen var på 2 374,5 millioner kroner i 2006. Dette utgjør om lag 72 prosent av den totale omsetningen av gruppe N. De tre største undergruppene har ikke hatt store endringer siste året. Størst endring er det i gruppen N07 "andre midler", med økning i omsetningen målt i kroner på 56,4 prosent. Dette skyldes myndighetenes utvidelse av LAR (legemiddelasistert rehabilitering) som rehabiliteringstilbud i omsorgen av rusavhengige

ATC 2. nivå		2006 mill kr	Prosent endring 2005-06	2006 mill DDD	Prosent endring 2005-06	DDD per 1000 innb./ døgn 2006
N01	Anestetika	5,6	6,6	0,0	-6,5	0,0
N02	Analgetika	587,4	-3,7	45,5	5,9	26,7
N03	Antiepileptika	307,3	4,6	17,0	10,5	9,9
N04	Antiparkinsonmidler	89,7	14,0	4,3	2,2	2,5
N05	Psykoaleptika	604,0	6,8	111,9	2,8	65,6
N06	Psykoanaleptika	704,8	-6,7	91,5	3,4	53,6
N07	Andre midler med virkning på nervesystemet	75,7	56,4	3,2	74,9	1,9
Totalt		2 374,5	0,7	273,4	4,5	160,4

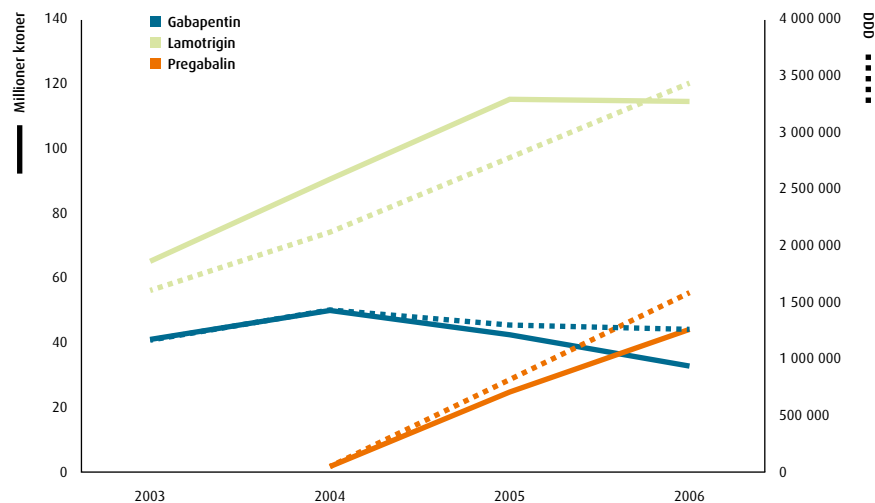
Tabell 21.1 Omsetning av ATC-gruppe N etter resept i kroner og DDD (mill kr og mill DDD)

ATC 3. nivå		2006 mill kr	Prosent endring 2005-06	2006 mill DDD	Prosent endring 2005-06	DDD per 1000 innb./ døgn 2006
N02A	Opioider	303,3	2,9	28,9	1,9	16,9
N02B	Andre analgetika og antipyretika	28,6	14,3	11,1	18,8	6,5
N02C	Migrenemidler	255,4	-12,0	5,5	4,2	3,2

Tabell 21.2 Omsetning av analgetika etter resept i kroner og DDD (mill kr og mill DDD)

ATC 3. nivå		2006 mill kr	Prosent endring 2005-06	2006 mill DDD	Prosent endring 2005-06	DDD per 1000 innb./ døgn 2006
N02A	Opioider	67,7	1,4	3,8	-7,4	2,2
N02B	Andre analgetika og antipyretika	18,3	4,3	4,8	-0,3	2,8
N02C	Migrenemidler	1,6	-6,6	0,06	-2,3	0,0

Tabell 21.3 Omsetning av analgetika etter ordre i kroner og DDD (mill kr og mill DDD)



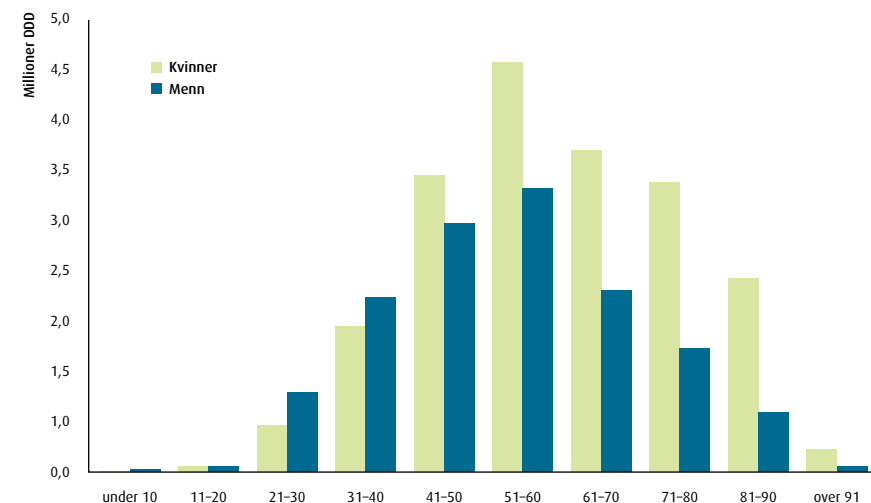
Figur 21.1 Utvikling i omsetningen for et utvalg antiepileptika etter resept i kroner og DDD 2003–2006 (mill kr og DDD)

N02 SMERTESTILLENDENDE MIDLER (ANALGETIKA)

Gruppe N02B inneholder lette smertestillende midler som hovedsakelig selges i små pakninger reseptfritt (se kapittel 7 for nærmere omtale). Økningen i salget i kroner for gruppen N02B skyldtes salg av paracetamol etter resept (se tabell 21.2).

Forbruket av migrenemidler målt i DDD er jevnt stigende, mens omsetningen målt i kroner er redusert med 12 prosent fra 2005. Dette betyr at gjennomsnittsprisen per DDD er redusert, hovedsakelig fordi migrenemidlet sumatriptan (Imigran) mistet sin patentbeskyttelse og ble inkludert i trinnprissystemet 1. juni 2006.

Salget til sykehus og andre helseinstitusjoner (omsetning etter ordre) er relativt stabilt, med kun små endringer (se tabell 21.3).



Figur 21.2 Fordeling av forbruket i DDD etter resept av angstdempende legemidler (N05B) på alder og kjønn (mill DDD)

N03 ANTIEPILEPTIKA

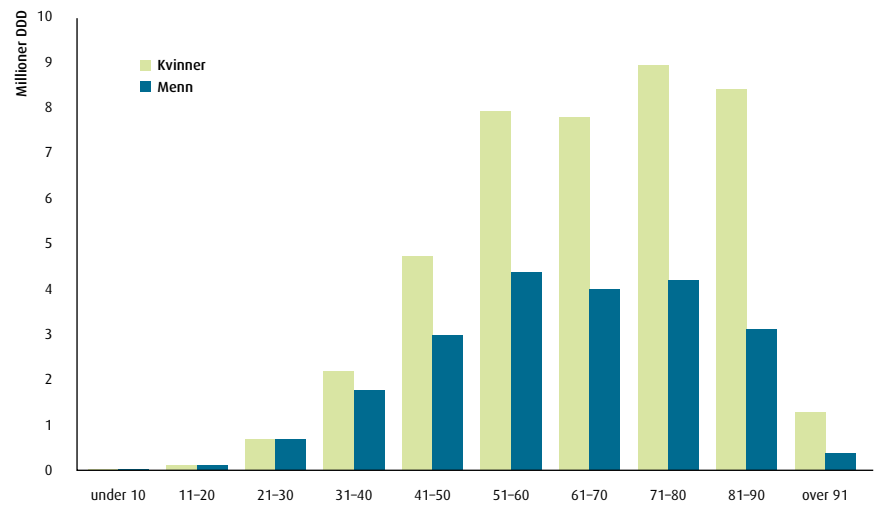
Omsetning av antiepileptika etter resept målt i kroner har økt med 4,6 prosent fra 2005. Målt i antall DDD økte omsetningen med 10,5 prosent. Det er i hovedsak legemidlet Lyrica (pregabalin) som har bidratt til veksten. Lyrica fikk markedsføringstillatelse i juni 2004 med indikasjon antiepileptikum, men har også indikasjon perifer neuropatisk smerte (trigeminusneuralgi, diabetesneuralgi, nervesmerter og lignende) hos voksne. Reseptsalget av Lyrica økte med 74 prosent målt i kroner og 97,5 prosent målt i DDD fra 2005 til 2006 (se figur 21.1). Det mest brukte antiepileptikumet lamotrigin (Lamictal, Lamotrigin) hadde en stabil utvikling i omsetningen målt i kroner fra 2005 til 2006. Målt i DDD har omsetningen økt med 25,7 prosent. Dette tilsier at prisen per DDD er blitt betydelig redusert fra 2005 til 2006 (se figur 21.1).

N05 PSYKOLEPTIKA

I denne gruppen finner vi legemidler til behandling av psykoser (N05A), angstdempende legemidler (N05B) og sove- og beroligende midler (N05C). For disse gruppene har det vært liten endring i omsetning målt i både kroner og DDD. Figur 21.2 og 21.3 viser forbruket av angstdempende legemidler og sove- og beroligende midler målt i DDD fordelt etter alder og kjønn. Informasjonen er basert på ekspederte resepter og gir ikke grunnlag for å finne ut hvor mange personer som bruker legemidlene. Hver person kan hente ut varierende antall resepter.

N06 PSYKOANALEPTIKA

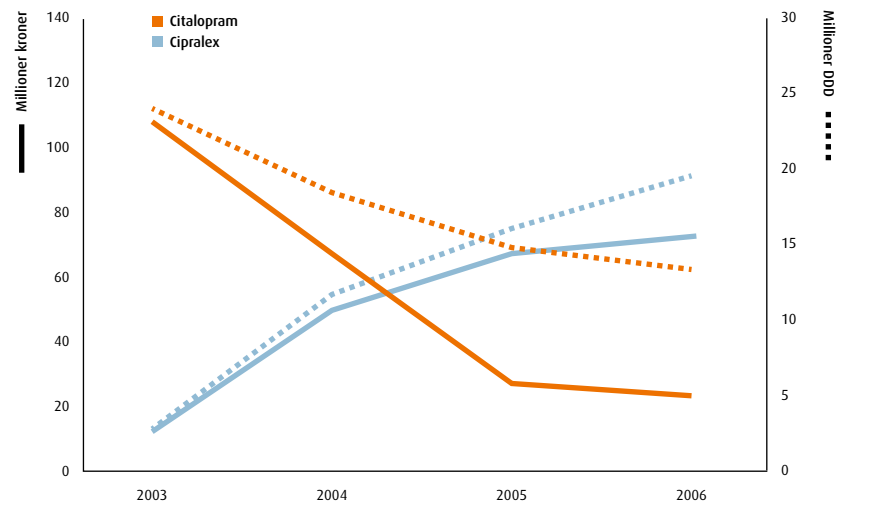
Økningen i gruppe N06B skyldes økt bruk av legemidler for behandling av ADHD. Dette omtales spesielt i kapittel 11 Legemiddelforbruk hos barn.



Figur 21.3 Fordeling av forbruket i DDD etter resept av sove- og beroligende midler (N05C) på alder og kjønn (mill DDD)

ATC 3. nivå		2006 mill kr	Prosent endring 2005-06	2006 mill DDD	Prosent endring 2005-06	DDD per 1000 innb./døgn 2006
N06A	Antidepressiva	471,0	-11,5	80,8	2,3	47,4
N06B	Psykostimulantia, midler ved ADHD og nootropika	120,0	11,4	6,8	20,4	4,0
N06D	Midler mot demens	113,8	-2,0	3,8	2,2	2,2

Tabell 21.4 Omsetning av psykoanaleptika etter resept i kroner og DDD 2006 (mill kr og mill DDD)

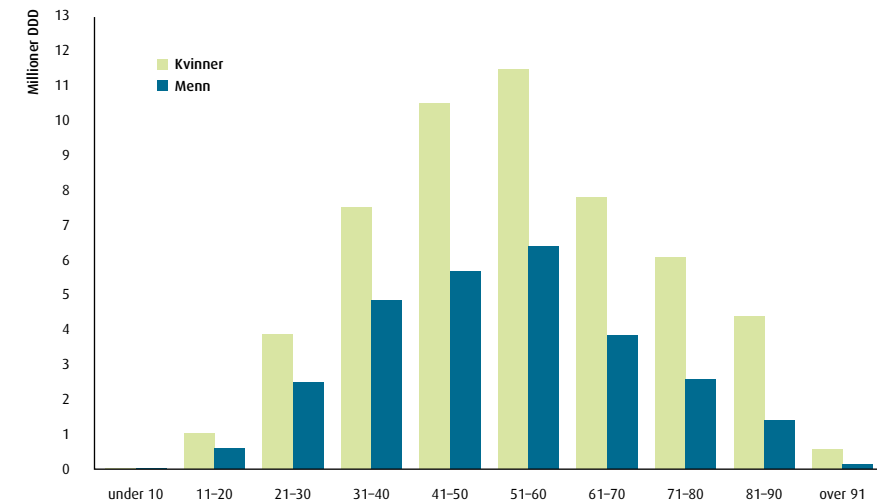


Figur 21.4 Utvikling i omsetningen for Cipralex (escitalopram) og Cipramil (citalopram) etter resept i kroner og DDD 2003-2006 (mill kr og mill DDD)

N06A ANTIDEPRESSIVA

Forbruket av antidepressive midler målt i DDD er svakt økende, mens omsetningen i kroner viser en tilbakegang. Dette betyr at gjennomsnittsprisen for legemidlene i gruppen er redusert. Forbruksveksten i DDD har vært størst for legemiddelet Cipralex (escitalopram) med 19,7 prosent, mens mirtazapin (Mirtazapin, Remeron) og Efexor (venlafaxin) har hatt en mindre vekst, på henholdsvis 9 og 3,1 prosent. De øvrige antidepressiva har hatt en reduksjon i omsetningen målt i både kroner og DDD fra 2005 til 2006.

Figur 21.4 viser at det har skjedd en forbruksvridning fra citalopram (Cipramil) til det patentbeskyttede Cipralex (escitalopram) etter at Cipramil mistet sin patentbeskyttelse. Cipralex (escitalopram) er en videreutvikling av citalopram (Cipramil) fra samme produsent, og ble lansert da patentet på Cipramil gikk ut. Omsetningen av Cipralex (escitalopram) målt i kroner har hatt



Figur 21.5 Fordeling av forbruket i DDD etter resept av antidepressiva (N06A) på alder og kjønn (mill DDD)

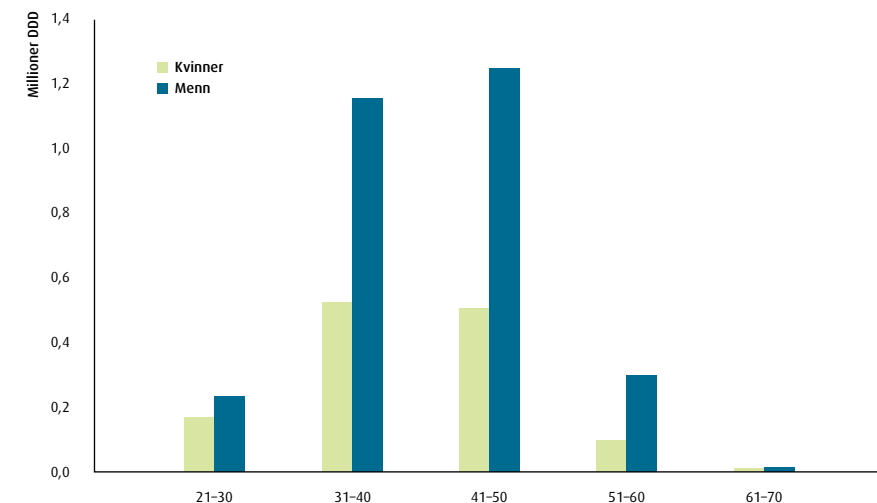
lavere vekst enn forbruk målt i DDD, noe som reduserer gjennomsnittsprisen per DDD fra 7,50 kroner per DDD i 2005 til 6,60 kroner i 2006 understøtter.

Ut i fra salget målt i DDD, er det omlag 4,7 prosent av den norske befolkning som kan ha brukt antidepressive midler daglig (47,4 DDD/1000 innb./døgn). Dette svarer til omlag 200 000 personer. Fordelingen etter kjønn og alder framkommer på figur 21.5.

N07B MIDLER MOT AVHENGIGHETSLIDELSER

Gruppen omfatter midler til bruk ved røykeavhengighet, og opioidavhengighet (metadon og tilsvarende). Omsetning av nikotinprodukter blir omtalt i kapittel 7 Reseptfrie legemidler.

Det er solgt 2,5 DDD/1000 innb./døgn av gruppe N07BC Metadon (metadon) og Subutex (buprenorfin), som brukes i forbindelse med LAR – legemiddellassisert rehabilitering av rusavhengige i 2006. Det har vært en økning i omsetningen av Subutex (buprenorfin) målt i DDD på 34,3 prosent fra 2005 til 2006. Tilsvarende sammenligning er vanskelig for metadon på grunn av manglende data på DDD-nivå fra tidligere år.



Figur 21.6 Fordeling av forbruket i DDD etter resept av metadon og buprenorfin (Subutex) fordelt på alder og kjønn



22. ANTIPARASITÆRE MIDLER, INSEKTICIDER OG INSEKTMIDLER

ATC-GRUPPE P

Denne gruppen legemidler brukes til å behandle infeksjoner forårsaket av protozoer, parasitter og malaria.

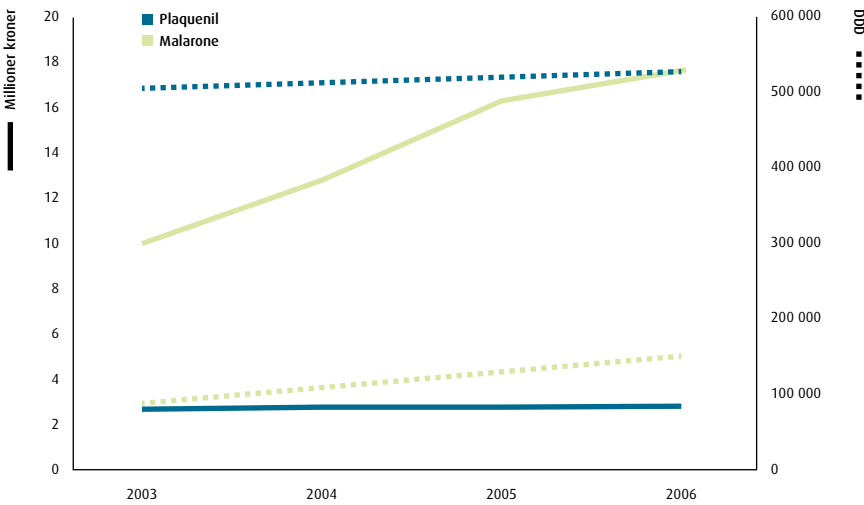
En relativ stor andel av salget av legemidlene i denne gruppen målt i kroner skjer gjennom reseptfritt salg (40 prosent).

Gruppen P01 Protozomidler, er relativt stor i omsetning. Her inngår legemidler til behandling av amøbe- og protozosykdommer som Flagyl (metronidazol) og diverse malariamidler (P01B).

Av malariamidler er det størst forbruk av Plaquenil (hydroksyklorokin) og Malarone (proguanil,

ATC 3. nivå		2006 mill kr	Prosent endring 2005-06	2006 mill DDD	Prosent endring 2005-06
P01A	Midler til amøbe- og protozosykedommer	6,1	1,1	0,3	1,3
P01B	Malariamidler	23,0	5,8	0,8	-2,3
Totalt		29,1	4,8	1,1	-1,5

Tabell 22.1 Omsetning av ATC-gruppe P etter resept i kroner og DDD (mill kr og mill DDD)



Figur 22.1 Utvikling i omsetningen for Plaquenil (hydroksyklorokin) og Malarone (proguanil, kombinasjoner) etter resept i kroner og DDD 2003-2006 (mill kr og DDD)

kombinasjoner). Førstnevnte er billig og koster 5,35 kroner per DDD, mens behandling med Malarone (proguanil, kombinasjoner) koster 119 kroner per DDD. Hvilken behandling som

velges er blant annet avhengig av reisemål, da det i enkelte områder er utviklet resistens mot malariamidler med klorokin.



ATC 2. nivå		2006 mill kr	Prosent endring 2005–06	2006 mill DDD	Prosent endring 2005–06	DDD per 1000 innb./døgn 2006
R01	Rhinologika (nesedråper/nese-spray)	103,7	-0,5	27,1	3,1	15,9
R03	Midler ved obstruktiv lunge-sykdom	987,7	-1,6	98,1	1,3	57,5
R05	Hoste og forkjølelsesmidler	52,1	-1,7	7,8	5,9	4,5
R06	Antihistaminer til systemisk bruk	206,1	-5,3	82,1	3,3	48,2
R07	Andre preparater med virkning på respirasjonssystemet	0,0	-	0,0	-	0,0
Totalt		1 349,6	-2,1	215,1	2,4	126,1

Tabell 23.1 Omsetning av ATC-gruppe R etter resept i kroner og DDD (mill kr og mill DDD)

23. RESPIRASJONSORGANER

ATC-GRUPPE R

Gruppen omfatter legemidler til bruk ved astma og andre obstruktive lungesykdommer (KOLS), og legemidler mot allergier.

R03 MIDLER VED OBSTRUKTIV LUNGESYKDOM

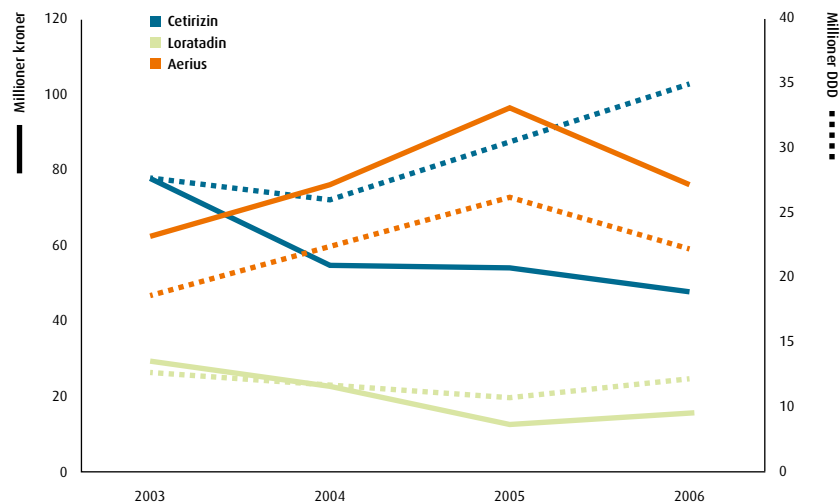
Midler ved obstruktiv lungesykdom er den største undergruppen i ATC-gruppe R. I følge Norges Astma- og Allergiforbund forekommer astma hos 10–12 prosent av norske barn og unge, og hos ca. 8 prosent av voksne. Det har vært jevn økning i forekomsten av astma de siste 40 årene¹.

Det er ingen store endringer i omsetningen av legemidlene for obstruktiv lungesykdom, verken målt i DDD eller kroner. Det største produktet i 2006 er Seretide (salmeterol og flutikason) med en omsetning etter resept på 334,7 millioner kroner og 20 millioner DDD. Den neste på listen er Symbicort (formoterol og budesonid) med omsetning på 189,1 millioner kroner og 10,9 millioner

DDD. Disse midlene inneholder en kombinasjon av selektive beta2-agonister og glukokortikoider. Legemidlene refunderes på blåresept til behandling av astma, men det refunderes ikke når legemidlene skrives ut til pasienter med diagnosen KOLS (kronisk obstruktiv lungesykdom)². KOLS pasienter kan søke trygdeetaten om individuell refusjon etter blåreseptforskriften § 10a. For Seretide (salmeterol og flutikason) og Symbicort (formoterol og budesonid) ble henholdsvis 88,4 og 86,1 prosent av utgiftene refundert over blåreseptordningen i 2006

Det antikolinerge middelet Spiriva (tiotropiumbromid) som kun har vedlikeholdsbehandling av KOLS som godkjent indikasjon, ble omsatt for 48,8 millioner kroner i 2006, tilsvarende en

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 23.1 Utvikling i omsetningen for et utvalg antihistaminer etter resept i kroner og DDD 2003–2006 (mill kr og mill DDD)

økning på 6,4 prosent fra 2005. Singulair (montelukast) som har indikasjon som tilleggsbehandling ved astma når annen behandling ikke gir tilstrekkelig kontroll over sykdommen, ble omsatt for 87,6 millioner kroner i 2006, tilsvarende en økning på 5,1 prosent. Legemiddelet refunderes på blå resept kun for diagnosen astma.

R06 ANTIHISTAMINER TIL SYSTEMISK BRUK

Antihistaminer til systemisk bruk blir i hovedsak brukt for pollenallergi. Denne gruppen finnes også som reseptfrie preparater (se kapittel 7). Det ble solgt legemidler i gruppen R06 etter resept for 206 millioner kroner i 2006, omtrent tilsvarende som året før. Aeries (desloratadin), loratadin (Claritin) og cetirizin (Zyrtec, Acura), stod for 68 prosent av totalsalget for gruppen

R06A antihistaminer. Figur 23.1 viser endringene for de fire siste årene.

Aeries er en videreutvikling av stoffet loratadin fra samme produsent. Da Aeries ble lansert sank omsetningen av det ikke-patenterte virkestoffet cetirizin. Fra 1. mai 2006 er cetirizin og loratadin valgt som foretrukket legemiddel for rekvirering på blå resept (se kapittel 9 for nærmere omtale av ordningen). Dette har ført til en nedgang i omsetningen av Aeries både i kroner og DDD, samtidig som omsetningen av cetirizin har økt målt i DDD. Den nye bestemmelsen har også ført til økning i salget av loratadin, målt i både kroner og DDD.





24. SANSEORGANER

ATC-GRUPPE S

S01A INFEKSJONER

Gruppen omfatter legemidler til behandling av øyeinfeksjoner (S01A), og omsatte for 37,6 millioner kroner i 2006. Kloramfenikol alene står for 28,4 millioner kroner.

S01E MIDLER TIL BEHANDLING AV GRØNN STÆR (GLAUKOM)
I denne gruppen er det øyemidlene som står for den største andelen av omsetningen. Dette skyldes spesielt midler til behandling av grønn stær (S01E Glaukommidler). Disse omsatte for 158,1 millioner kroner i 2006. Latanoprost (Xalatan) er det mest omsatte legemidlet med en omsetning på 61,7 millioner kroner i 2006, en reduksjon på 5 prosent fra 2005. Samtidig har det vært en vekst i omsetningen målt i DDD på 0,9 prosent, noe som tilsier reduksjon i gjennomsnittlig pris per DDD i perioden. Timolol i kombinasjon med andre virkestoffer (Cosopt, Fotil, Xalcom) er også en betydelig gruppe med et salg på 46,6 millioner kroner i 2006, tilsvarende en prosentvis reduksjon på 4,6 prosent fra 2005.

ATC 2. nivå		2006 mill kr	Prosent endring 2005-06
S01	Øyemidler	251,1	-1,9
S02	Øremidler	1,2	27,2
S03	Øye- og øremidler	9,8	-0,9
Totalt		262,0	-1,7

Tabell 24.1 Omsetning av ATC-gruppe S etter resept i kroner (mill kr)

S01G ALLERGI

Gruppen omfatter i hovedsak øyedråper til bruk ved allergier. I denne gruppen ble det omsatt legemidler etter resept for 32,4 millioner kroner i 2006. Livostin (levokabastin) er størst. Denne ble omsatt etter resept for 10,6 millioner kroner, sammenlignet med 11 millioner kroner i 2005.



25. VARIA

ATC-GRUPPE V

Gruppe V er en oppsamlingsgruppe hvor en blant annet finner allergener dvs. midler til å påvise allergi, og legemidler som brukes ved diagnoser av sykdom (diagnostika og kontrastmidler). Dette brukes for en stor del i sykehus.

Allergener i V01 er allergenekstrakter for gress- og trepollen. I gruppen V03 Andre terapeutiske preparater er blant annet midler til bruk ved forgiftninger og midler som motvirker toksisitet av cytostatika. Det ble solgt kontrastmidler til bruk for røntgen, magnettomografi og ultralyd (gruppen V08) til sykehus for 74,7 millioner kroner i 2006.

ATC 2. nivå		2006 mill kr	Prosent endring 2005-2006
V01	Allergener	8,9	29,3
V03	Alle andre terapeutiske preparater	14,8	22,1
Totalt		23,7	24,7

Tabell 25.1 Omsetning av ATC-gruppe V etter resept i kroner (mill kr)

ATC 2. nivå		2006 mill kr	Prosent endring 2005-2006
V03	Andre terapeutiske preparater	15,2	-14,6
V08	Kontrastmidler	74,7	-11
Totalt		89,9	-11,7

Tabell 25.2 Omsetning av ATC-gruppe V etter ordresalg i kroner (mill kr)

26. OMSETNING AV LEGE- MIDLER TIL SYKEHUS OG ANDRE HELSEINSTITUSJONER

Dette kapitlet omhandler salg av reseptpliktige legemidler fra apotek til sykehus og andre helseinstitusjoner (ordrekunder). En ordrekunde er en institusjon som har anledning til å bestille legemidler på rekvisisjon til institusjonen i stedet for per resept til enkeltkunder. Sykehus og sykehjem er slike ordrekunder, og sykehus er dominerende. I tillegg omfatter det noe salg til legekontor og tannlegekontor. Dette utgjør svært lite i forhold til sykehussalget.

Totalt har det vært en prosentvis økning i omsetning målt i kroner med 6,5 prosent fra 2005 til 2006, mens det har vært en nedgang i omsetningen målt i definerte døgndoser med 5,6 prosent. Dette indikerer at det i spesialisthelsetjenesten i større grad enn i primærhelsetjenesten, brukes nyutviklede legemidler som er dyrere enn legemidler som har vært på markedet lenge. Spesielt

i ATC-gruppene L og S har omsetningen i kroner økt betraktelig i forhold til forbruket målt i DDD. Omsetning og forbruk av legemidler i gruppe L er omtalt i kapittel 19.

Fram til 1. juni 2006 ble deler av kostnadene for Remicade (infliximab) refundert av trygden (jf folketrygdloven § 5 15). Den total omsetningen av Remicade (infliximab) målt i kroner i 2006 var 245,3 millioner kroner.

Se for øvrig omtale av enkelte legemiddelgrupper solgt til helseinstitusjoner (ordrekunder) i kapitlene 18, 19, 21 og 25.

ATC 1. nivå	Hovedgrupper	2006 mill kr	Prosent endring 2005-06	2006 mill DDD	Prosent endring 2005-06
A	Fordøyelsesorganer og stoffskifte	96,8	-6,6	8,7	-5,2
B	Blod og bloddannende organer	190,1	-2,9	11,6	-7
C	Hjerte og kretsløp	74,3	-10,9	22,7	-6,5
D	Dermatologiske midler	20,2	-4,4	0	3
G	Urogenitalsystem og kjønns hormoner	28,9	-4,9	2,3	-6,2
H	Hormoner til systemisk bruk, ekskl. kjønns hormoner og insulin	31,9	4,8	7,2	-0,6
J	Antiinfektiva til systemisk bruk	266,9	1,9	5,8	-3,6
L	Antineoplastiske og immunmodulerende midler	718,7	36,5	1,7	26,6
M	Muskler og skjelett	86,7	-0,6	4,3	-8,1
N	Nervesystemet	425,3	-6,6	29,7	-7,1
P	Antiparasitære midler, insekticider og insektmidler	2,7	-3,1	0,1	-9,2
R	Respirasjonsorganer	52,2	-2,6	8,1	-4
S	Sanseorganer	26,4	-6,0	1,3	-12,8
V	Varia	93,3	-11	0,1	2,6
Totalt		2 114,3	6,5	103,7	-5,6

Tabell 26.1 Omsetningen av reseptpliktige legemidler etter ordre i kroner og DDD (mill kr og mill DDD)

	ATC 5. nivå	Virkestoff	Merkenavn Eksempler	2006 mill kr	Prosent endring 2005-06	2006 DDD	Prosent endring 2005-06
1	L04AA12	Infliximab	Remicade	211,4	66,6	401 787	68,7
2	L01XC03	Trastuzumab	Herceptin	89,1	128,4	1 190	136,8
3	L01XC02	Rituximab	MabThera	86,4	29,6	842	36,3
4	L01CD02	Docetaxel	Taxotere	58,6	12,6	22	3,4
5	N05AH03	Olanzapine	Zyprexa	34,9	-10,4	-58 092	-6,6
6	L01CD01	Paclitaxel	Paclitaxel, Taxol	30,4	-31,5	-31	-1,9
7	J01DH02	Meropenem	Meronem	30,3	19,1	8 001	19,7
8	M05BA08	Zoledronsyre	Aclasta, Zometa	29,6	10,6	750	7,8
9	M03AX01	Botulinumtoksin	Botox, Dysport, Vistabel	26,4	21,9		
10	L01XD02	Verteporfin	Visudyne	23,2		-	

Tabell 26.2 De 10 mest omsatte virkestoffene i ordresalget i kroner og DDD (mill kr og mill DDD)



27. OMSETNING AV LEGEMIDLER GITT GODKJENNINGSFRI TAK

Legemidler som ikke har markedsføringstillatelse i Norge kan likevel etter leges søknad om godkjenning fritak brukes til behandling. Dokumentasjon over effektivitet og sikkerhet er da ikke vurdert av helsemyndighetene. Denne type legemidler brukes både i sykehusbehandling og til den enkelte pasient utenfor institusjoner. Det ble omsatt legemidler importert etter godkjenning fritaksordning for 272 millioner kroner i 2006.

Det vil også finnes eksempler på at legemidler med markedsføringstillatelse ikke kan skaffes, og grossisten må importere et annet alternativ på godkjenning fritaksordningen. Preparatet uten norsk markedsføringstillatelse vil finnes i denne oversikten. Et slikt eksempel er metotreksat (L04AX03) som har en omsetning på 862 000 kroner og et forbruk på 245 000 DDD etter resept på godkjenning fritak i 2006.



ATC 1. nivå	Hovedgrupper	2006 mill kr	Prosent endring 2005-06	2006 DDD	Prosent endring 2005-06
A	Fordøyelsesorganer og stoffskifte	2,8	-13,5	93 620	1,8
B	Blod og bloddannende organer	14,8	33,7	118 373	-14,9
C	Hjerte og kretsløp	7,1	7,6	87 443	-5,9
D	Dermatologiske midler	1,1	4,9	7 247	-13,1
G	Urogenitalsystem og kjønnshormoner	3,5	5,8	72 892	12,6
H	Hormoner til systemisk bruk, ekskl. kjønnshormoner og insulin	9,3	12,7	1 220 944	13,9
J	Antiinfektiva til systemisk bruk	8,6	14,4	44 031	22,1
L	Antineoplastiske og immunmodulerende midler	58,2	4,3	100 818	34,8
M	Muskler og skjelett	6,5	15,3	93 080	21,4
N	Nervesystemet	8,4	-7	125 882	-11,8
P	Antiparasitære midler, insekticider og insektmidler	0,4	26,1	2 099	-2
R	Respirasjonsorganer	1,6	23,8	66 352	29,1
S	Sanseorganer	4,1	50,6	6 264	-5,3
V	Varia	12,5	17	20	
Totalt		139,0	9,8	2 039 065	9,7

Tabell 27.1 Omsetning av legemidler gitt godkjenning fritak etter ordre i kroner og DDD (mill kr og DDD)

ATC 1. nivå	Hovedgrupper	2006 mill kr	Prosent endring 2005-06	2006 DDD	Prosent endring 2005-06
A	Fordøyelsesorganer og stoffskifte	6,2	6,7	158 437	16,9
B	Blod og bloddannende organer	21,7	23,0	289 865	49,4
C	Hjerte og kretsløp	8,6	14,4	231 171	6,6
D	Dermatologiske midler	23,0	5,1	837 477	6,9
G	Urogenitalsystem og kjønnshormoner	8,4	-15,2	440 005	-2,8
H	Hormoner til systemisk bruk, ekskl. kjønnshormoner og insulin	3,6	1,6	945 866	1,0
J	Antiinfektiva til systemisk bruk	7,8	38,9	82 897	8,4
L	Antineoplastiske og immunmodulerende midler	11,7	12,5	335 155	292,2
M	Muskler og skjelett	4,3	-2,2	62 222	-12,4
N	Nervesystemet	31,0	-18,7	1 167 172	7,1
P	Antiparasitære midler, insekticider og insektmidler	0,3	30,6	4 805	59,7
R	Respirasjonsorganer	1,3	-22,0	81 701	15,7
S	Sanseorganer	1,1	23,9	8 938	34,8
V	Varia	4,1	4,0	235	
Totalt		133,2	1,2	4 645 946	12,7

Tabell 27.2 Omsetning av legemidler gitt godkjenningfritak etter resept i kroner og DDD (mill kr og DDD)

For salg til sykehus (omsetning etter ordre) er det gruppe L – legemidler til behandling av kreft og immunrelaterte sykdommer - som står for den største omsetningen målt i kroner. Legemiddelet Oksaliplatin omsatte alene for 44 millioner kroner.

Med hensyn til legemidler til enkeltpasienter etter resept dominerer legemidler med virkning på nervesystemet (gruppe N) med en omsetning på

31 millioner kroner. Melatonin er størst med omsetning på 5,2 millioner kroner. Denne følges av buprenorfin til LAR behandling og dexamfetamin til behandling av ADHD, begge med omsetning på i overkant av 4 millioner kroner





28. VETERINÆRMEDISINER

ATC-GRUPPE Q

Det ble solgt veterinærmedisiner for 290,9 millioner kroner i 2006. Dette er en økning på 20,1 prosent fra 2005. Av dette utgjør salget av reseptfrie lege-midler til dyr 27,5 millioner kroner.

Største gruppe veterinærmedisiner er QP Anti-parasitære midler. Her er middelet deltametrin (Coopersect) størst med en omsetning på 9,2 millioner kroner. Midlet brukes til forebygging og behandling av flåttinfestasjon (*Ixodes ricinus*) hos storfe, bekjempelse av lus og flueplage hos storfe samt lus og sauekrabbe hos sau¹. Som nummer to kommer fenbendazol (Panacur og Curaverm), or-memidler til storfe, sau og andre dyr. Det resept-frie salget av fenbendazol utgjør 10,6 millioner kroner. Det totale reseptfrie salget av antiparasit-tære midler var på 25,4 millioner kroner.

Gruppen QJ Antiinfektiva til systemisk bruk kom-mer som nummer to med omsetning på 48,9 mil-lioner kroner. Den største gruppen er penicillinbe-handling av infeksjoner hos hund, storfe og gris.

ATC 1. nivå	Hovedgrupper	2006 mill kroner	Prosent endring 2005-2006
QA	Fordøyelsesorganer og stoffskifte	7,5	2,3
QB	Blod og bloddannende organer	1,2	1,9
QC	Hjerte og kretsløp	3,8	6,4
QD	Dermatologiske midler	3,5	14,3
QG	Urogenitalsystem og kjønnshormoner	11,0	-5,9
QH	Hormoner til systemisk bruk, Ekskl. Kjønnshormoner og insulin	3,0	-8,2
QI	Immunologiske midler	30,2	2 335,5
QJ	Antiinfektiva til systemisk bruk	48,9	5,6
QL	Immunsuppressive midler	0,7	0,0
QM	Muskler og skjelett	35,7	15,3
QN	Nervesystemet	21,7	6,4
QP	Antiparasitære midler, insekticider og insektmidler	114,3	9,7
QR	Respirasjonsorganer	0,6	22,4
QS	Sanseorganer	7,1	-0,2
QV	Varia	1,7	9,5
Sum		290,9	20,1

Tabell 28.1 Omsetning av ATC-gruppe Q i kroner (mill kr)

Gruppen QM Muskler og skjelett er tredje størst med omsetning på 35,7 millioner kroner i 2006. Det mest omsatte legemiddelet innenfor gruppen var Rimadyl (carprofen) som er et antiin-flammatorisk middel (NSAID) for hund og katt. Det har vært en formidabel økning i omsetning av immunologiske midler. Det er i 2006 omsatt

slike for 30,2 millioner kroner mens omsetningen i 2005 var på 1,2 millioner kroner. Omsetningen gjelder i stor grad vaksiner til hund og katt.

¹ www.veterinærkatalogen.no

VEDLEGG

DEFINISJONER

Ord	Definisjon
A-/B-preparater	Legemidler som inneholder narkotiske og /eller psykotropiske stoffer, for eksempel sterke smertestillende legemidler, legemidler mot angst og uro, legemidler for søvn mv.
AIP	Apotekenes innkjøpspris.
ATC-systemet	Et internasjonalt klassifikasjonssystem for legemidler anbefalt av Verdens helseorganisasjon (WHO).
AUP	Apotekenes utsalgspris.
Begrenset bytte	Legemidler på byttelisten som bare kan byttes etter bestemte forutsetninger. Disse innebærer bl.a. at legen må gi særskilt godkjenning ved legemiddelbytte i hvert enkelt tilfelle, bortsett fra ved oppstart av behandlingen.
Bidragsordningen	Stønadsoordning utenfor blåreseptordningen. Folketrygden kan yte bidrag til dekning av utgifter til legemidler som ikke dekkes etter blåreseptforskriften.

Ord	Definisjon
Blå resept	Reseptblankett for legemidler som refunderes av folketrygden etter vedtatte regler.
Bruttoavanse	Differansen mellom apotekets utsalgspris (ekskl. mva) og innkjøpspris.
Bruttomargin	Den prosentvise andelen av apotekets utsalgspris (ekskl. mva) som ikke går til innkjøp av legemidler (vareforbruket).
Bytteliste	Liste fastsatt av Statens legmiddelverk over de legemidler som kan byttes på apoteket uten at lege kontaktes på forhånd.
Definerte døgndoser (DDD)	Måleenhet som brukes ved estimering av legemiddelforbruk for internasjonale sammenligninger og bruk over tid. Den antatt gjennomsnittlige døgndosen brukt ved preparatets hovedindikasjon for voksne.
Degressiv avanse	Avansestruktur som innebærer at avansen (prosentpåslaget) er avtakende med økt innkjøpspris.
Distriktsapotekavtalen	Avtale mellom myndigheter og apotekkjedene om opprettholdelse av apotektilbudet i distrikts-Norge.
Egenandel	Det beløpet pasienten selv må betale for legemidler som refunderes av folketrygden .
eResept	Elektronisk system for reseptoverføring der legen sender resepten elektronisk til en reseptbank i stedet for å skrive ut en papirresept til pasienten. Apotekene henter resepten fra reseptbanken.
Farmasøytisk kontroll	Kontroll av resepten ved ekspedering av legemidler.
Foretrukket legemiddel	Myndighetenes bestemmelse om at et legemiddel innenfor en legemiddelgruppe skal være foretrukket førstehåndsbehandling framfor andre midler ved rekvirering på blå resept.
Forhåndsgodkjent refusjon	En rekke legemidler og produkter er forhåndsgodkjent for rekvirering på blå resept. Refusjonskrav inntre straks legen rekvirerer en blå resept.
Frikort	Bevis fra Arbeids- og velferdsdirektoratet (NAV) på at maksimal egenandel for refusjonsmedisin, legehjelp og psykologhjelp er betalt for inneværende år.
Generisk bytte	Apoteket kan bytte rekvirert legemiddel med generisk likeverdig legemiddel og ved parallellimportert legemiddel hvis de er oppført på byttelisten.
Generisk legemiddel/synonymer	Legemidler som inneholder samme kjemiske substans (virkestoff) i samme styrke og legemiddelform, og som av myndighetene er funnet medisinsk likeverdige. Et generisk legemiddel er synonymt med det originale.
Generisk rekvirering	Lege rekvirerer et virkestoff i stedet for et bestemt preparat fra en bestemt produsent. På apoteket har farmasøyten plikt til å informere kunden om det billigste alternativ av de generiske legemidlene som er tilgjengelig.

Ord	Definisjon
GIP	Grossistenes innkjøpspris.
Godkjenningsfritak	En ordning som sikrer tilgang til legemidler som ikke har markedsføringsstillatelse i Norge.
Handelsvarer	Produkter som selges fra apotek og som ikke er definert som legemidler. Dette omfatter også forhandlingspliktige produkter som f.eks. sykepleieartikler og næringsmidler til medisinsk behandling.
Hvit resept	Reseptblankett for alle reseptpliktige legemidler som kunden betaler selv.
Indikasjon	De sykdommer/symptomer legemidlet er godkjent brukt mot.
Individuell søknad	Arbeids- og velferdsdirektoratet (NAV) tar stilling til refusjonskrav gjennom søknad fra lege.
Kombinasjonspreparater/sammensatte legemidler	Legemidler med to eller flere virkestoff som har gunstig effekt sammen.
Legemiddellassistert rehabilitering (LAR)	Bruk av legemidler som virkemiddel for rehabilitering av rusmisbrukere.
Legemiddelform	Den bruksferdige formen av legemidlet/virkestoffet, (eks. tablett, depottablett, salve, stikkpille, mikstur).
Lokal virkning	Legemidlet påføres der det skal virke, for eksempel legemidler til bruk på huden.
LUA	Salg av et utvalg reseptfrie legemidler utenom apotek.
Markedsføringstillatelse	Et legemiddel må ha utstedt en markedsføringstillatelse fra Statens legemiddelverk før det tillates markedsført/solgt i Norge.
Legereservasjon	Leger har på medisinsk grunnlag anledning til å påføre resepten en reservasjon mot at apoteket foretar generisk bytte. Legen skal dokumentere det medisinske grunnlaget for reservasjonen i sin journal. Kunden betaler ingen ekstra tillegg.
Medisinutsalg	Et utsalgssted som selger reseptfrie legemidler under kontroll av et lokalt apotek og med et sortiment godkjent av kommunelegen. Det er gjerne lokalisert i en dagligvareforretning eller lignende på steder der det ikke er grunnlag for apotekdrift. Driften av medicinutsalg er underlagt offentlige reguleringer. Mange medicinutsalg har også en pakkekommisjonsordning med apoteket, og utleverer pakker med reseptmedisin fra apoteket til utsalgets kunder.
Midlertidig refusjon	Legemidler kan tas opp på blå resept midlertidig med betingelse om at utdypende dokumentasjon leveres innen en fastsatt frist.
Multidose	Maskinelt pakkede legemidler til den enkelte pasient merket med tidspunkt for inntak av legemiddel. Flere legemidler kan pakkes sammen.
Naturlegemidler	Preparater som inneholder stoffer fra naturen som har vært brukt i folke-medisin. Naturlegemidler er godkjent av Statens legemiddelverk.
Originalpreparat	Det første produktet/legemidlet av et nytt virkestoff – preparatet som opprinnelig var patentert.

Ord	Definisjon
Pakkekommisjonsordning	Ordning for forsendelse av legemidler til steder uten apotek. Stedets butikk mottar pakker med reseptbelagte legemidler til den enkelte bruker for så å stå for pakkeutleveringen. Ordningen er gjerne knyttet til medicinutsalg.
Parallellimportert legemiddel	Et legemiddel som allerede har norsk markedsføringstillatelse importeres fra et land innenfor EØS-området utenom legemiddelfirmaets tradisjonelle kanal.
Pasientreservasjon	Kunden har anledning til å reservere seg mot at apoteket foretar generisk bytte. Dersom kundene, innenfor blåreseptordningen, selv velger et legemiddel med en pris høyere enn trygdens maksimale refusjonspris, må forskjellen mellom refusjonspris og legemidlets pris betales av kunden.
Patentert legemiddel	Patent er en tidsbegrenset enerett på 20 år som patentmyndigheten etter søknad tilstår oppfinneren. Hensikten er å stimulere til utvikling av nye legemidler. 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.
Preparatlisten	Legemidler som forhåndsgodkjennes for refusjon, føres opp på listen over refusjonsberettigede legemidler.
Refusjonsprisen	Den prisen som folketrygden maksimalt refunderer for et legemiddel eller et annet refusjonsberettiget produkt.
Reseptfrie legemidler	Legemidler som kan kjøpes uten resept fra rekvirenter. Et utvalg reseptfrie legemidler kan kjøpes på flere steder enn apotek som bensinstasjoner og dagligvareforretninger.
Sykdomslisten i blåreseptordningen	Oversikt over kroniske medisinske tilstander/sykdommer i hht blåreseptforskriften §§ 4 og 9 hvor blåreseptordningen vil dekke utgiftene for legemidlene.
Systemisk virkning	Virkning ved at legemidlet løses opp og absorberes i blodet og føres til området i kroppen hvor det skal virke.
Terapitradisjoner	Vanligst brukte terapi/behandling for angjeldende lidelse.
Tredjepartsfinansiering	Den som betaler legemidlet (folketrygden gjennom refusjonsordningen) er en annen enn den som bestemmer legemiddelbruken (legen), som igjen er en annen enn brukeren.
Trinnprissystemet	Prissystem for et utvalg legemidler som ikke er patentbeskyttet og er ført opp på Legemiddelverkets bytteliste.
Usammensatte legemidler	Legemidler med kun ett virkestoff.
Vareforbruksprosent	Den prosentvise andelen av apotekets utsalgspris (ekskl. mva) som går til innkjøp av legemidler.
Varenummer	Et unikt nummer for den enkelte pakningstørrelse av et legemiddel. Alle styrker, legemiddelformer og pakningsstørrelser av et preparat har forskjellige varenummer.
Veterinærpreparat	Legemiddel til bruk hos dyr.
Virkestoff	Den komponenten i et legemiddel som gir legemiddelets virkning.

OMSETNING AV DE 200 MEST OMSATTE VIRKESTOFFENE I 2006

	ATC 5. nivå	Virkestoff	2006 mill kr	Prosent endring 2005–06	2006 mill DDD	Prosent endring 2005–06
1	L04AA11	Etanercept	429,0	15,6	1,1	20,3
2	C10AA05	Atorvastatin	376,4	-31,5	86,1	-16,3
3	A02BC05	Esomeprazol	341,3	8,0	26,9	18,9
4	R03AK06	Salmeterol og andre midler ved obstruktiv lungesykdom	340,8	-3,3	20,3	0,1
5	C10AA01	Simvastatin	268,4	57,2	142,6	62,2
6	L04AA12	Infliximab	245,3	21,3	1,1	22,6
7	N02BE01	Paracetamol	229,1	-0,1	33,5	1,5
8	N05AH03	Olanzapin	201,3	1,0	4,6	2,4
9	R03AK07	Formoterol og andre midler ved obstruktiv lungesykdom	191,4	1,5	11,0	4,9
10	C07AB02	Metoprolol	190,7	1,4	39,7	6,3
11	C09DA01	Losartan og diuretika	165,6	-0,5	20,4	4,3
12	L04AA17	Adalimumab	163,2	34,1	0,4	37,6
13	N07BA01	Nikotin	157,2	15,0	5,7	13,7
14	N02AA59	Kodein, kombinasjoner ekskl. psykoleptika	149,0	-2,1	21,3	-1,0
15	N06AB10	Escitalopram	138,9	6,7	21,1	20,9
16	H01AC01	Somatropin	138,7	-1,9	0,6	4,1
17	L02BB03	Bikalutamid	136,1	4,7	3,0	7,3
18	M01AE01	Ibuprofen	135,5	4,9	20,2	6,8
19	L03AB07	Interferon beta-1a	129,4	6,8	1,0	17,2
20	N06AX16	Venlafaxin	129,3	3,8	10,4	8,7
21	N03AX09	Lamotrigin	120,2	-2,9	3,7	25,0
22	A10AC01	Insulin (human)	120,1	-7,5	13,1	-4,1
23	N02CC01	Sumatriptan	114,6	-24,9	2,3	2,5

	ATC 5. nivå	Virkestoff	2006 mill kr	Prosent endring 2005–06	2006 mill DDD	Prosent endring 2005–06
24	N06DA02	Donepezil	106,9	-4,9	3,8	0,3
25	C09CA06	Kandesartan	104,5	10,7	21,3	20,3
26	C09CA01	Losartan	104,0	-4,1	15,1	2,3
27	R06AE07	Cetirizin	102,4	1,6	42,7	20,9
28	B01AC06	Acetylsalisylsyre	99,8	4,0	106,4	4,1
29	G04BD07	Tolterodin	99,2	-17,2	6,0	-9,5
30	B01AC04	Klopidogrel	97,0	3,9	5,3	8,7
31	N05CF01	Zopiklon	95,7	17,3	51,4	4,6
32	M05BA04	Alendronsyre	93,6	-35,5	13,8	6,7
33	R01AA07	Xylometazolin	90,2	-0,5	22,9	-2,1
34	L01XC03	Trastuzumab	89,3	126,5	0,0	134,9
35	R03DC03	Montelukast	88,9	4,8	6,4	10,1
36	R03AC02	Salbutamol	88,4	-3,1	18,3	4,2
37	N07BC02	Metadon	87,4	-0,2	4,5	18,4
38	N06BA04	Metylfenidat	86,4	5,5	6,4	19,2
39	L01XC02	Rituksimab	86,4	29,6	0,0	36,4
40	C09DA04	Irbesartan og diuretika	85,4	5,8	9,0	10,1
41	L04AA01	Ciklosporin	84,4	-6,0	0,8	-1,7
42	C08CA01	Amlodipin	77,9	-9,8	50,7	3,1
43	R06AX27	Desloratadin	77,1	-21,2	20,1	-17,6
44	C09DA06	Kandesartan og diuretika	76,8	15,0	10,4	22,2
45	B03XA02	Darbepoetin alfa	76,7	19,3	0,8	28,6
46	N05AX08	Risperidon	73,2	-1,1	1,5	1,3
47	N05AH04	Kitiapiin	70,1	12,5	1,6	20,0
48	R03BB01	Ipratropiumbromid	66,0	-1,9	16,0	2,5
49	G04BE03	Sildenafil	65,0	1,5	1,2	4,3
50	S01EE01	Latanoprost	64,4	-5,6	8,9	0,4



	ATC 5. nivå	Virkestoff	2006 mill kr	Prosent endring 2005–06	2006 mill DDD	Prosent endring 2005–06
51	L02AE03	Goserelin	63,4	2,9	1,4	10,5
52	C09CA04	Irbesartan	63,4	-5,7	10,3	1,9
53	L01XE01	Imatinib	63,2	91 088,4	0,0	149 717,0
54	A10AB05	Insulin aspart	61,5	40,4	5,8	47,1
55	B02BD02	Koagulasjonsfaktor VIII	61,4	17,5	0,0	14,0
56	B01AA03	Warfarin	61,3	28,6	17,9	4,6
57	R03BA02	Budesonid	61,0	-8,3	6,5	-3,2
58	N02AB03	Fentanyl	58,7	-5,2	1,5	1,9
59	L01CD02	Docetaxel	58,6	12,5	0,0	3,3
60	G03AA12	Drospirenon og østrogen	57,9	12,3	21,1	9,8
61	A01AA01	Natriumfluorid	57,6	9,4	119,7	4,2
62	N02AA05	Oksykon	56,0	14,9	1,6	18,8
63	A04AA01	Ondansetron	54,3	-1,1	0,3	9,7
64	N06AB06	Sertralin	53,3	-45,5	11,4	-5,5
65	N02CC04	Rizatriptan	53,0	2,6	0,8	7,3
66	L04AA06	Mycofenolsyre	52,4	7,0	0,5	13,9
67	L01XA03	Oxaliplatin	52,3	29,0	0,0	30,3
68	C09DA03	Valsartan og diuretika	51,6	28,0	6,7	27,9
69	N05BA01	Diazepam	51,6	-3,9	17,4	-2,9
70	J01CE02	Fenoksymetylpenicillin	50,9	2,1	7,3	2,2
71	A02BC01	Omeprazol	50,4	-13,9	7,3	0,6
72	R03BB04	Tiotropiumbromid	49,9	5,9	3,3	8,7
73	S01ED51	Timolol, kombinasjoner	48,7	-5,3	7,2	-0,1
74	N03AX16	Pregabalin	48,3	71,6	1,8	95,0
75	L03AA13	Pegfilgrastim	47,7	38,0	0,1	47,3

	ATC 5. nivå	Virkestoff	2006 mill kr	Prosent endring 2005–06	2006 mill DDD	Prosent endring 2005–06
76	C09AA05	Ramipri	47,4	5,2	39,3	8,3
77	M01AB05	Diklofenak	46,7	10,8	14,5	14,9
78	H01CB02	Oktreotid	46,7	2,6	0,1	8,1
79	H03AA01	Levotyrosinnatrium	46,6	0,9	35,4	3,2
80	R03BA05	Flutikason	46,2	-5,8	5,0	1,9
81	N06AB04	Citalopram	45,0	-15,7	14,7	-12,0
82	M03BA02	Karisprodol	43,8	-3,7	3,5	-5,6
83	A10AD05	Insulin aspart	43,6	48,3	3,9	50,3
84	C09CA03	Valsartan	43,6	-0,9	7,7	5,0
85	A07EC02	Mesalazin	43,5	7,9	2,9	5,3
86	L03AX13	Glatiramer acetat	43,4	5,9	0,1	18,6
87	R01AD09	Mometason	43,3	8,8	10,3	12,9
88	L02AE02	Leuprorelin	43,0	-11,0	1,0	-1,2
89	A10BA02	Metformin	42,8	7,9	17,9	11,4
90	N06AX11	Mirtazapin	42,2	-19,8	6,7	2,3
91	A10BB12	Glimepirid	42,1	-11,2	16,7	6,2
92	A11EA	Vitamin B-kompleks, usammensatte preparater	41,6	-0,6	37,4	-6,1
93	N05BA04	Oxazepam	41,1	11,6	11,7	3,0
94	C08CA05	Nifedipin	41,0	-5,8	10,5	5,5
95	G01AF02	Klotrimazol	40,7	7,7	1,8	0,0
96	C10AA03	Pravastatin	40,7	-54,3	13,7	-28,7
97	H01BA02	Desmopressin	40,5	-7,7	1,4	-12,1
98	A08AA10	Sibutramin	40,3	-11,0	2,2	-5,9
99	N02CC03	Zolmitriptan	40,0	3,6	1,0	5,7
100	J01CA08	Pivmecillinam	39,9	9,0	2,4	11,6

	ATC 5. nivå	Virkestoff	2006 mill kr	Prosent endring 2005–06	2006 mill DDD	Prosent endring 2005–06
101	R05CA10	Kombinasjoner	39,5	-4,9	3,7	-10,4
102	A08AB01	Orlistat	39,0	-15,8	1,7	-14,6
103	N07BC01	Buprenorfin	38,8	21,4	1,0	38,8
104	C01DA14	Isosorbidmononitrat	38,6	-11,8	16,8	-5,9
105	A12AX	Kalsium i kombinasjon med andre stoffer	38,5	7,7	13,4	8,9
106	A02BC03	Lansoprazol	38,3	-56,4	8,7	-6,7
107	B01AB05	Enoxaparin	38,3	6,8	3,3	6,8
108	A02BA02	Ranitidin	37,7	-10,5	6,4	5,1
109	G02BA03	Plastspiraler med progestogener	37,6	-1,4	0,0	0,0
110	S01AA01	Kloramfenikol	37,0	-4,2	0,0	0,0
111	A02BA53	Famotidin, kombinasjoner	36,7	26,8	1,2	23,0
112	G03AB03	Levonorgestrel og østrogen	36,2	-3,0	32,2	-0,5
113	B01AB04	Dalteparin	36,2	0,8	2,6	4,1
114	N03AX12	Gabapentin	35,8	-23,4	1,4	-4,9
115	N02BB51	Fenazon, kombinasjoner ekskl. psykoleptika	35,5	-0,9	4,3	-6,4
116	A10AB04	Insulin lispro	35,2	-3,6	3,3	0,0
117	M01AC01	Piroxikam	34,9	-1,9	7,9	5,5
118	J01MA02	Ciprofloxacin	34,9	-1,0	0,9	9,0
119	G03CA03	Estradiol	34,6	12,3	7,9	3,2
120	N02AA01	Morfin	34,2	2,5	2,3	-5,4
121	N02CC06	Eletriptan	33,7	-1,5	0,7	4,0
122	G04BE08	Tadalafil	33,5	23,2	0,7	21,4
123	L04AA05	Takrolimus	33,5	8,1	0,3	12,3
124	G04CA02	Tamsulosin	33,1	-7,9	4,9	15,5
125	N02AX02	Tramadol	32,9	9,1	3,5	12,9

	ATC 5. nivå	Virkestoff	2006 mill kr	Prosent endring 2005–06	2006 mill DDD	Prosent endring 2005–06
126	N06BA09	Atomoksetin	32,1	21,5	0,5	42,9
127	N03AX14	Levetiracetam	32,0	16,6	0,9	21,4
128	A07DA03	Loperamid	31,9	13,0	2,2	4,9
129	M01AX05	Glukosamin	31,8	3,5	8,7	83,3
130	J01DH02	Meropenem	31,7	18,1	0,1	18,9
131	M01AE02	Naproxen	31,3	-1,8	7,5	-1,7
132	A09AA02	Multienzymer (Lipase, Protease, etc.)	31,2	7,4	1,3	6,2
133	A16AB03	Agalsidase alfa	30,9	12,8	0,0	16,9
134	C03CA01	Furosemid	30,9	-7,5	35,5	-5,4
135	S01XA20	Indifferente preparater	30,8	2,0	0,0	0,0
136	L02BG03	Anastrozol	30,7	30,4	0,8	37,8
137	L01CD01	Paklitaxel	30,4	-31,7	0,0	-2,1
138	N04BA02	Levodopa og dekarboksylase-hemmer	30,3	-2,7	1,7	-4,5
139	L03AB08	Interferon beta-1b	30,2	8,9	0,1	13,6
140	M05BA08	Zoledronsyre	30,2	10,3	0,0	7,7
141	G03CA04	Østriol	30,1	-4,5	12,2	-7,8
142	B03XA01	Erythropoietin	30,0	-26,2	0,3	-20,9
143	G03GA06	Follitropin beta	29,2	-7,2	0,1	-1,8
144	C02CA04	Doxazosin	29,2	-23,2	5,5	-9,3
145	N03AG01	Valproinsyre	28,9	-0,9	2,6	2,6
146	H02AB06	Prednisolon	28,8	2,0	18,5	1,9
147	R06AD01	Alimemazin	28,8	173,1	4,7	-7,3
148	G03FA01	Noretisteron og østrogen	28,4	-13,0	11,1	-11,0
149	A16AB04	Agalsidase beta	28,2	25,3	0,0	31,5
150	S01GX02	Levokabastin	28,2	1,9	0,0	0,0

	ATC 5. nivå	Virkestoff	2006 mill kr	Prosent endring 2005-06	2006 mill DDD	Prosent endring 2005-06
151	M03AX01	Botulinum toksin	28,2	20,2	0,0	0,0
152	G04BD08	Solifenacin	27,7	133,6	2,4	162,9
153	R03AC13	Formoterol	27,7	-5,8	2,8	-2,9
154	A02AD01	Ordinære saltkombinasjoner	27,3	-2,9	1,6	-8,4
155	R05DA01	Etylmorfin	27,2	5,7	2,6	3,6
156	R01AA05	Oksymetazolin	27,0	-11,8	4,7	-15,3
157	D01AC01	Klotrimazol	26,8	13,9	0,0	0,0
158	J05AR01	Zidovudine and lamivudine	26,6	87,3	0,2	-30,8
159	L01AX03	Temozolomid	26,3	9,4	0,0	15,4
160	D08AC02	Klorheksidin	26,2	2,1	0,0	0,0
161	R06AX22	Ebastin	26,0	-6,2	7,0	-3,5
162	A11GA01	Askorbinsyre (vit C)	25,6	-3,5	53,9	-7,2
163	J01FA01	Erytromycin	25,6	-2,6	2,0	7,5
164	N05AX12	Aripiprazol	25,5	67,1	0,5	53,3
165	M02AA10	Ketoprofen	25,2	22,3	0,0	0,0
166	C07AG02	Karvedilol	24,7	-5,8	5,6	-0,6
167	N05AE04	Ziprasidon	24,6	-20,8	0,5	-12,7
168	N06AB05	Paroxetin	23,6	-43,1	7,7	-9,5
169	A02BC02	Pantoprazol	23,6	41,9	2,1	59,0
170	D07AA02	Hydrokortison	23,5	3,7	0,0	0,0
171	L01XD02	Verteporfin	23,2	9 025,4	0,0	0,0
172	V08AB02	Joheksol	23,1	-15,0	0,0	0,0
173	C08CA13	Lerkanidipin	22,9	44,7	6,0	63,8
174	A10BG02	Rosiglitazon	22,8	20,2	1,4	35,1
175	C09AA03	Lisinopril	22,5	-6,9	12,2	-5,2
176	D05AX52	Kalcipotriol, kombinasjoner	22,4	-1,4	0,0	0,0

	ATC 5. nivå	Virkestoff	2006 mill kr	Prosent endring 2005-06	2006 mill DDD	Prosent endring 2005-06
177	J01AA02	Doksycyklin	22,2	-5,0	3,1	-1,8
178	V08AB09	Iodixanol	22,2	15,7	0,0	0,0
179	A03AX13	Silikonforbindelser	21,9	6,1	4,1	-0,9
180	G03AC03	Levonorgestrel	21,6	15,1	0,1	-54,7
181	J01CF01	Dikloxacillin	21,6	16,2	0,9	28,5
182	C02KX01	Bosentan	21,4	-0,7	0,0	23,8
183	N03AX11	Topiramat	21,4	4,5	0,5	10,4
184	S01ED01	Timolol	21,2	-1,3	6,4	-1,8
185	C09BA02	Enalapril og diuretika	21,1	-6,5	6,5	-0,5
186	R01AD05	Budesonid	21,1	-11,6	8,1	-2,6
187	R03AC03	Terbutalin	21,0	-13,0	6,6	-10,9
188	C09AA02	Enalapril	20,3	-2,5	19,1	-3,0
189	G03GA05	Follitropin alfa	20,3	-14,8	0,1	-6,2
190	A06AD17	Natriumfosfat	20,3	19,8	0,1	8,6
191	R06AX13	Loratadin	20,3	21,7	9,3	30,6
192	J05AB04	Ribavirin	20,3	13,6	0,1	15,5
193	G03DC05	Tibolon	20,1	-16,0	3,2	-9,6
194	D01BA02	Terbinafin	20,0	-36,3	1,6	2,6
195	A06AG11	Natriumlaurylsulfat, inkl. kombinasjoner	19,9	4,6	1,6	-1,4
196	L03AB10	Peginterferon alfa-2b	19,9	3,0	0,1	6,4
197	A06AD11	Laktulose	19,9	-17,3	12,5	-22,5
198	N03AF01	Karbamazepin	19,8	-8,5	3,4	-4,7
199	A01AB03	Klorheksidin	19,6	18,6	7,9	5,2
200	B05BA10	Kombinasjoner av parenteral ernæring	19,5	-7,8	0,0	0,0
Sum 200			12 225,8	1,6	1 899,0	4,7

APOTEKBOKA 2007 / 2008

Ny utgave!

Boka for alle som må være
oppdatert på lov- og regelverk
innenfor apotek- og legemiddelområdet

NY OG AJOURFØRT UTGAVE KOMMER I 2007!

- Lover, forskrifter og offentlige retningslinjer for apotek- og legemiddelområdet
- Rundskriv og brev fra myndighetene med tolkninger og presiseringer av regelverket
- Bransje- og profesjonsstandarder for apotek og apotekansatte
- Faktainformasjon og kontaktinformasjon om myndigheter og aktører

Apotekboka er en videreutvikling av boka Norsk Apoteklovgivning.

Nærmere informasjon om pris og bestilling av boka vil bli lagt ut på www.apotek.no

Apotek og legemidler 2007

© Apotekforeningen, Oslo, februar 2007

Alle foto: © Jens Sølvberg

Design: Grafia Kommunikasjon AS

Trykk og produksjon: Grafia Kommunikasjon AS, 07-47511

ISBN 978-82-990739-4-3

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.



Apotekforeningen

2007

APOTEK OG LEGEMIDLER



APOTEK OG LEGEMIDLER 2007 er det nærmeste man kommer en komplett oversikt over legemiddelforbruket i Norge i 2006. Apotek og legemidler kommenterer og analyserer de viktige endringer i legemiddelforbruket og -omsetningen fra 2005 til 2006. Boken gir et overblikk over utviklingen i apoteknæringen, med oversikter over apotekdekning, sysselsetting og økonomi. Apotek og legemidler gir rask oversikt over systemer og regler for legemiddelomsetning og finansieringen av legemidler i Norge. Dessuten finner man sammenligninger av regelverk og utviklingstrekk mellom de nordiske landene.

Apotek og legemidler 2007 er utgitt av Apotekforeningen, som er bransjeorganisasjonen for apotekene i Norge. Mer informasjon om apotek, legemidler og apotekforeningen, se: www.apotek.no

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



Apotekforeningen