



Evaluering av apotekavansen

29. juni 2010
Statens legemiddelverk

Innhold

1.	Innledning	3
2.	Oppsummering	3
2.1	Legemiddelverkets innstilling	3
2.2	Nøkkeltall og konklusjoner	4
3.	Apotekenes omsetning	5
3.1	Omsetningsutvikling i legemiddelmarkedet	7
3.2	Beregningsmodell	7
3.3	Omsetning av reseptpliktige legemidler fordelt på leddene i distribusjonsskjeden	8
3.4	Utvikling i gjennomsnittlig AIP per pakning	10
4.	Apotekenes maksimalavanse	11
4.1	Hva skal avansen dekke?	11
4.2	Maksimalavanse for apotek – legemidler uten trinnpris	12
4.2.1	Strukturen på apotekavansen	14
4.2.2	Avansestrukturens påvirkning på apotekenes incentiver	14
4.3	Avanse på legemidler i trinnprissystemet	15
4.3.1	Endringer i trinnprissystemet	15
4.3.2	Nivået på trinnprisavansen	16
4.3.3	Utviklingen i GIP etter innføring av trinnpris	20
5	Utvikling i apotekenes økonomiske rammevilkår	23
6	Apotekøkonomi og apotekdekning	24
7	Vertikal integrasjon og avanse i grossistleddet	24
8	Sammenligning med Sverige, Danmark og Finland	24
9	Spesialtilfeller av avansereguleringen	28
9.1	Avanse for omsetning av legemidler på spesielt godkjenningsfritak	28
9.2	Avanse ved anbrudd	28
	Vedlegg – norske maksimalavansesatser 1992 - 2009	29

1. Innledning

Apotekavansen skal vurderes minst hvert fjerde år, jf. St.meld. nr. 18 (2004 – 2005) ”Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk”, kap. 12.4.4. Helse- og omsorgsdepartementet ga i tildelingsbrevet av 2. februar 2009 Legemiddelverket i oppdrag å legge fram en vurdering av apotekavansen.

I arbeidet med denne rapporten har vi trukket inn eksterne aktører på følgende måter:

- Apotekforeningen, Legemiddelindustriforeningen og Norsk Industriforening for Generikaleverandører har vært i møte med Legemiddelverket i en tidlig fase. De har fått informasjon om oppdraget, fått innblikk i modeller og grunnlagsdata vi har brukt og har gitt innspill.
- Nasjonal Folkehelseinstitutt har bidratt med data fra Reseptregisteret og Grossistbasert legemiddelstatistikk (Grossiststatistikken), i tillegg til rådgivning i bruk av modeller.

Data for årene 2006, 2007 og 2008 er brukt i evalueringen.

Alle beløp i rapporten er nominelle om ikke annet er oppgitt.

Rapporten ble først utgitt i januar 2010. Men senere har Legemiddelverket blitt oppmerksom på at det var feil i datagrunnlaget for noen av figurene som gjaldt legemidler i trinnprismodellen. Disse figurene (nr. 4, 7 og 8) er rettet opp i denne rapporten. Noe av drøftingen i tilknytning til figurene og noen kulepunkt i kap. 2.1 Nøkkeltall og konklusjoner, er også blitt endret som følge av dette. Vi har også lagt til to nye figurer (7.1 og 7.2) i kapittel 4.3.2.

2. Oppsummering

Legemiddelverket har evaluert apotekavansen med grunnlag i data fra 2006 – 2008. I tillegg er endringer i rammebetingelsene i 2009 omtalt der det er relevant.

2.1 Legemiddelverkets innstilling

Legemiddelverket finner at de samlede rammevilkårene for apotekdrift i Norge er tilfredsstillende. Når det gjelder satsene for apotekavansen på legemidler med markedsføringstillatelse, foreslår vi ingen endring, verken når det gjelder nivå på satsene eller struktur.

Legemiddelverket mener at myndighetene bør prioritere å legge bedre til rette for konkurranse på legemiddelmarkedet. Tiltak vi foreslår å prioritere er å revurdere fullsortimentskravet til grossistene, fortsatt legge vekt på å inkludere virkestoff i trinnprissystemet så raskt som mulig og å oppheve gevinstdelingsmodellen. Apotekloven og apotekforskriften er nylig revidert, også med sikte på å legge til rette for konkurranse og å fjerne unødvendige begrensninger på apotekene. Legemiddelverket vil fortsette arbeidet med å følge opp det nye regelverket.

Vi foreslår på nytt en endring som også ble foreslått i evalueringen av apotekavansen i 2006, ved at A/B-tillegg kan legges til også ved anbrudd.

2.2 Nøkkeltall og konklusjoner

Omsetning

- Total omsetning i apotek fra 2006 til 2008 hatt en realvekst på 4,6 prosent fra 2006 til 2008. Private apotek har hatt en realvekst på 3,3 prosent, mens tilsvarende tall for sykehusapotekene var 10,7 prosent.¹
- Reseptpliktige legemidlers andel av totalomsetningen har gått ned fra 72 prosent i 2006 til 69 prosent i 2008.
- Reseptfrie legemidlers andel av totalomsetningen har vært stabil på 9 prosent i perioden.
- Handelsvarenes andel av omsetningen har økt fra 19 prosent i 2006 til 21 prosent i 2008.

Avanse på reseptpliktige legemidler utenfor trinnprissystemet

- Gjennomsnittlig apotekavanse per pakning har hatt en realøkning på 1,1 prosent fra 2006 til 2008.
- En pakning hadde i 2008 en gjennomsnittlig AIP på 228,90 kroner og en apotekavanse på 39,60 kroner. Det tilsvarer en apotekavanse på 17,3 prosent.

Avanse på legemidler i trinnprissystemet

- Samlet avanse for apotek og grossist økte fra 547 mill. kroner i 2006 til 744 mill. kroner i 2008. Dette skyldes i stor grad et større volum på trinnprismarkedet ved at nye virkestoff har kommet på trinnpris.
- Gjennomsnittlig GIP per pakning falt fra kr 64 i 2006 til kr 61 i 2008, en realnedgang på 9 prosent. Gjennomsnittlig avanse per pakning for apotek og grossist falt fra 86 til 69 kroner i samme periode, en realnedgang på 24 prosent.
- Gjennomsnittlig GIP per pakning har økt reelt med 2 prosent for originalpakninger, mens den ble redusert reelt med 17 prosent for generika.

Avanse på reseptfrie legemidler

- Apotekenes avanse på reseptfrie legemidler var 88 prosent i 2006 og økte til 102 prosent i 2008.

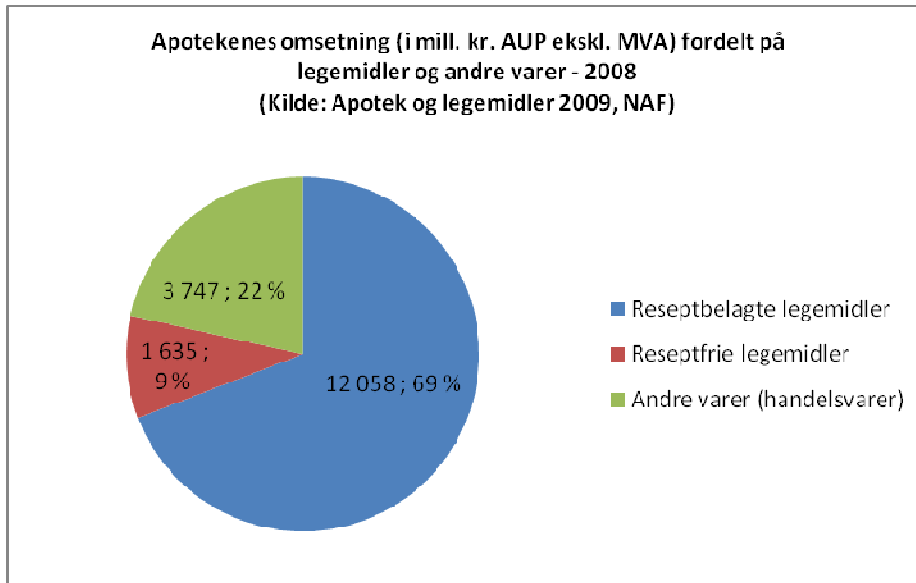
¹ Generell prisstigning i perioden, målt ved KPI, var på 4,6 prosent. Se kap. 3.4.

3. Apotekenes omsetning

Apotekenes omsetning kan deles i tre hovedkategorier:

- Reseptpliktige legemidler
 - o Dette segmentet kan videre fordeles mellom byttbare og ikke byttbare legemidler. De fleste byttbare legemidlene er omfattet av trinnprissystemet, og er således ikke avanseregulert.
- Reseptfrie legemidler
- Andre varer (handelsvarer)
 - o Deler av det som defineres som handelsvarer er forhandlingspliktige. Det vil si at apotekene har en lov- og forskriftsfestet² plikt til å forhandle disse varene, som blant annet omfatter medisinsk forbruksmaterieell, dietetiske næringsmidler og visse hudpleiemidler.

Figur 1 Apotekenes omsetning i 2008



Figur 1 viser fordelingen av apotekenes omsetning (målt ved apotekenes utsalgspris (AUP), ekskl. mva.) for private og sykehusapotek for 2008. Reseptpliktige legemidler står for 72 prosent av omsetningen i 2006, mens tilsvarende tall for 2008 var 69 prosent. Reseptfrie legemidlers andel av omsetningen har vært stabil på 9 prosent i perioden 2006 – 2008, mens andelen av reseptbelagte legemidler har gått noe ned til fordel for handelsvarer.³ Omsetningen av reseptfrie legemidler målt i DDD har vært relativt stabilt de siste årene.⁴ Omsetningen i apotek, målt i kroner, har hatt en årlig vekst på cirka 5 prosent.⁵

²apotekloven § 5-3 første ledd, apotekforskriften § 26

³ Grunnlagsdata for å beregne prosentandeler av omsetningen (AUP) er fra "Apotek og Legemidler 2009", kap. 1.2.1, Apotekforeningen

⁴"Legemiddelforbruket i Norge" (utgavene i 2007, 2008 og 2009), side 15, Folkehelseinstituttet

⁵"Apotek og legemidler 2009", side 60 Apotekforeningen

Den totale omsetningen i apotekene har vokst nominelt med 9,2 prosent i perioden 2006 – 2008. Private apotek har hatt en vekst på 7,8 prosent, mens tilsvarende tall for sykehusapotek var 15,3 prosent.⁶

Ordningen med salg av legemidler utenom apotek (LUA) innebærer at dagligvarehandel, kiosker m.m. kan selge utvalgte reseptfrie legemidler. Ordningen ble innført i 2003 for å bedre tilgjengeligheten til viktige reseptfrie legemidler, og for å gi økt priskonkurranse. I 2008 hadde dagligvarehandelen en andel på ca. 41 prosent⁷ av volumet målt ved DDD på de mest solgte legemidlene i LUA. For mer informasjon om utsalgspriser i LUA-ordningen, vises det til Legemiddelverkets prisundersøkelse fra 2009⁸

Av de tre produktkategoriene er det kun reseptbelagte legemidler til mennesker som er underlagt pris- og avansereguleringer⁹. Denne reguleringen begrunnes med at legemiddelmarkedet er preget av en rekke forhold (monopol/patentvern, asymmetrisk informasjon, tredjepartsfinansiering, m.m.) som fører til et imperfekt marked.

Som følge av pris- og avansereguleringen av reseptbelagte legemidler, har apotekene en høyere bruttofortjeneste på reseptfrie legemidler og handelsvarer enn på de avanseregulerte reseptpliktige legemidlene. Reseptbelagte legemidler omfattet av trinnprissystemet er ikke underlagt avanseregulering. Men som følge av vertikal integrasjon mellom grossist og apotek, har marginene samlet sett vært vesentlig høyere enn for reseptbelagte legemidler forøvrig.

Det er vanskelig å fremskaffe detaljerte kalkyler for lønnsomheten i de forskjellige segmentene. Det er ikke opplagt hvordan faste kostnader skal bæres av de ulike inntektsgivende kildene. For de vertikalt integrerte kjedene er apotekenes innkjøpspris (AIP) også en internpris. Slik at kjedene til en viss grad kan tilpasse hvor stor del av overskudd/underskudd som vil vises på apoteknivået i kjeden. Gevinstdelingsmodellen har også gitt de vertikalt integrerte kjedene økonomisk incentiv til å sette faktisk AIP lik maksimal AIP.¹⁰

Det er likevel åpenbart at de elementene som ikke er pris- og avanseregulert har et høyere dekningsbidrag enn den avanseregulerte delen av omsetningen, og at disse således bidrar relativt mer til lønnsomheten i bransjen enn den avanseregulerte omsetningen. På den annen side kan man si at det er nettopp den pris- og avanseregulerte delen av reseptpliktig omsetning som gir legitimitet og grunnlag for at næringen kan ha en høyere fortjeneste på de andre delene av totalomsetningen.

Et sentralt spørsmål i å vurdere hva som er et riktig maksimalavansenivå er om man skal se på den avanseregulerte delen av omsetningen isolert eller om man også skal se på hvilke muligheter næringen har for inntjening på de andre delene av den samlede omsetningen i næringen. Dagens maksimalavanser, kombinert med de samlede økonomiske rammevilkår for bransjen, har gitt grunnlag for en tilfredsstillende lønnsomhet både i selvstendige apotek og

⁶ Grunnlagsdata for beregning av prosenter finnes i "Apotekstatistikk 2008", kap. 4 – www.legemiddelverket.no

⁷ "Legemiddelforbruket i Norge 2004-2008", side 16, Folkehelseinstituttet.

⁸ "Det lønner seg å sjekke prisen på reseptfrie medisiner" – www.legemiddelverket.no

⁹ Unntak for enkelte reseptfrie legemidler og medisinsk utstyr som har forhåndsgodkjent refusjon, som er underlagt pris- og avanseregulering.

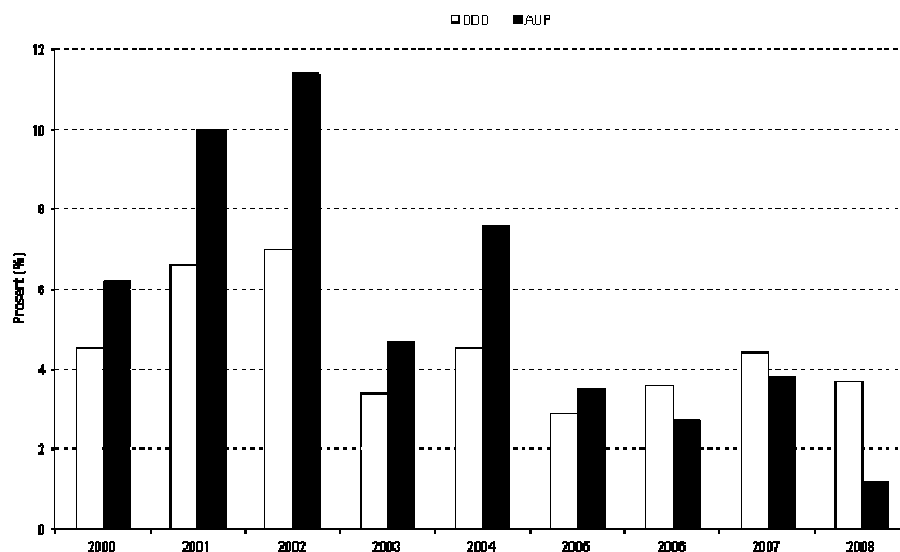
¹⁰ Se brev av 16. oktober 2009 til Helse- og omsorgsdepartementet hvor Legemiddelverket foreslår at gevinstdelingsmodellen oppheves.

kjedeapotek. Legemiddelverket mener at de økonomiske rammevilkårene gir rom for et tilfredsstillende faglig nivå på de tjenestene apotekene utfører.

Store forskjeller i lønnsomhet på ulike produktgrupper kan påvirke incentivstrukturen i apotekene. I den grad et segment er mer lønnsomt enn et annet er det naturlig at apotekene fokuserer på de mest lønnsomme områdene. Men apotekforskriftens § 38 krever at omsetningen av forhandlingspliktige varer skal utgjøre minst 85 prosent av apotekets totale vareomsetning. Dette kravet fjernes fra 1. januar 2010. Men dette vil fortsatt være regulert ved Apoteklovens § 6-11 som bestemmer at apotekets eksponering av varer overfor publikum skal domineres av varer som hører inn under apotekets forhandlingsplikt.

3.1 Omsetningsutvikling i legemiddelmarkedet

Figur 2 Prosentvis årlig endring i totalt salg målt i kroner (AUP estimert) og DDD 2003-2008



Kilde: Legemiddelforbruket i Norge 2004 – 2008, Nasjonalt folkehelseinstitutt

Omsetningsøkning i kroner i figur 2 er målt i AUP-verdi (estimert).

Veksten i legemiddelmarkedet har de siste årene flatet ut. Myndighetsinitierte tiltak som prisrevurderinger, endring av kuttsatser i trinnprissystemet og endrede vilkår for refusjon, kombinert med patentutløp for flere store legemidler de siste årene, har bidratt til å dempe veksten.

3.2 Beregningsmodell

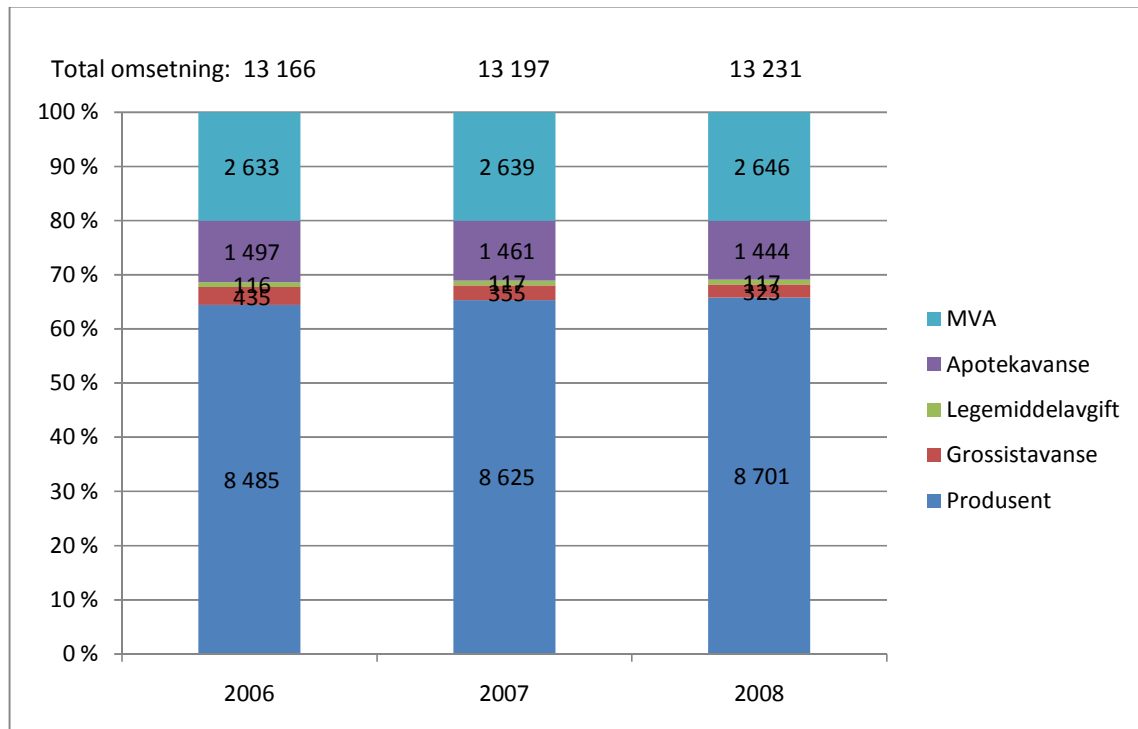
Legemiddelverket har bygget en modell for å gjøre beregninger til rapporten. Modellen omfatter data for reseptpliktige legemidler for mennesker og med markedsføringstillatelse. Det er benyttet faktiske priser som er hentet fra Reseptregisteret (AUP) og Grossiststatistikken (GIP og AIP). Volumtall er hentet fra Reseptregisteret. Legemiddelverkets legemiddeldatabase er brukt for å hente ut informasjon om reseptklasse (A, B eller C) og om legemiddelet er på trinnpris eller ikke. Sykehusapotek og institusjoner er inkludert.

Modellen er brukt i figur 3, 4 og 5 i dette kapitlet og i tabell 3 i kap. 8.

3.3 Omsetning av reseptpliktige legemidler fordelt på leddene i distribusjonskjeden

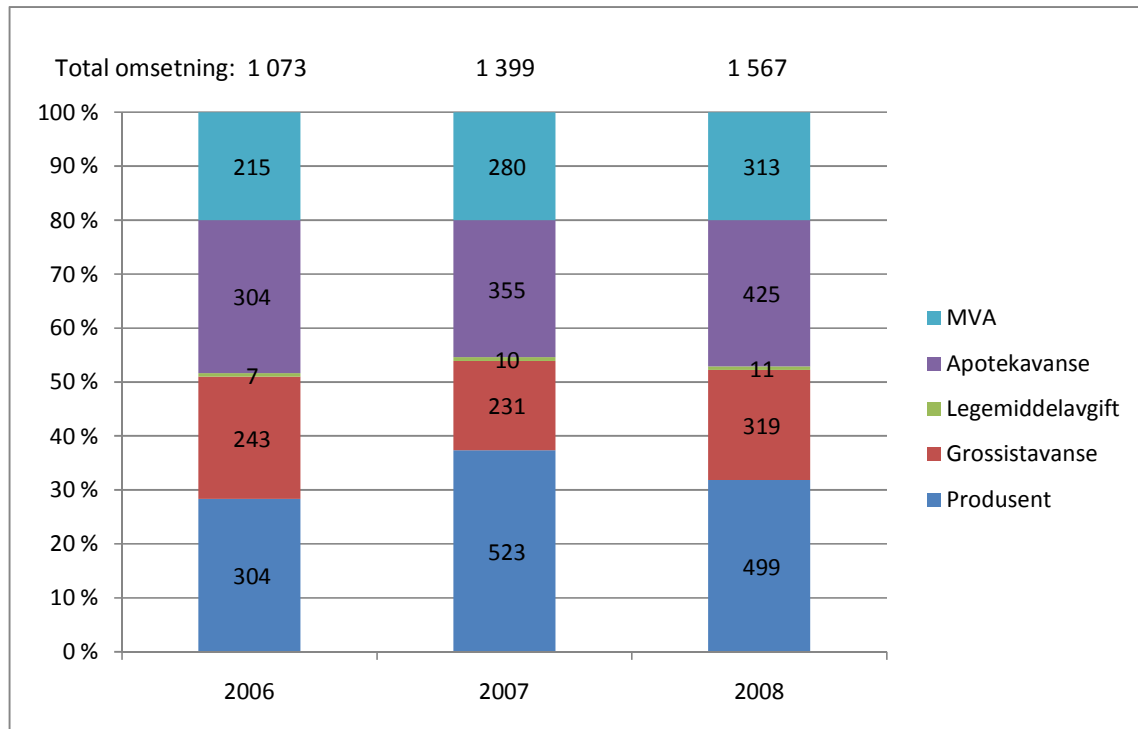
Ved hjelp av beregningsmodellen (jf. kap 3.2) har vi anslått hvor stor andel av omsetningen av reseptpliktige legemidler som tilfaller leverandør, grossist og apotek. Beregningen er gjort både for legemidler som ikke er på trinnpris og for legemidler på trinnpris.

Figur 3 Fordeling av omsetningen av reseptpliktige legemidler på de ulike interessentene, ekskludert trinnprislegemidler¹¹



Vi ser av figur 3 at fordelingen av omsetningen på reseptpliktige legemidler, utenom trinnprislegemidler, har endret seg lite i perioden fra 2006 til 2008.

¹¹Trinnprislegemidlene er trukket ut for det aktuelle året virkestoffet kom på trinnpris, og alle etterfølgende år. Unntaket er atorvastatin som er inkludert i datagrunnlaget for 2008, selv om det fikk trinnpris 15. november 2008. Grunnlagsdata: jf. kap. 3.2.

Figur 4 Fordeling av omsetningen av trinnprislegemidler på de ulike interessentene¹²

Figur 4 viser at leverandørenes andel av omsetningen av legemidler i trinnprissystemet er økt fra 28 prosent i 2006 til 32 prosent i 2008. Apotekenes andel er redusert fra 28 til 27 prosent. Grossistenes andel er redusert fra 23 til 20 prosent. Imidlertid har apotekene økt sin avanse i kroner med 40 prosent fra 2006 til 2008, fra 304 til 425 mill. kroner. Grossistene økte sin avanse i kroner med 31 prosent i perioden. Samlet avanse for apotek og grossist gikk fra 547 mill. kroner i 2006 til 744 mill. kroner i 2008. Dette skyldes i stor grad et større volum på trinnprismarkedet ved at nye virkestoffer har kommet på trinnpris.

Antall virkestoffer som er inkludert i trinnprissystemet økte fra 30 per 1/1-2006 til 47 per 31/12-2008. Salgsvolumet av trinnprislegemidler, målt i antall solgte pakninger, har også økt mye i perioden. I 2006 ble det solgt 4,3 millioner pakninger på trinnpris. Tilsvarende tall i 2008 var 7,8 millioner. Antall pakninger uten trinnpris gikk ned fra 40,2 millioner i 2006 til 39,4 millioner i 2008. Av totalt antall solgte reseptpliktige pakninger var 10 prosent på trinnpris i 2006. Denne andelen økte til 18 prosent i 2008.¹³¹⁴

¹² Trinnprislegemidlene er inkludert i året virkestoffet kom på trinnpris og alle etterfølgende år. Atorvastatin er unntaket og er ikke inkludert i datagrunnlaget for 2008, selv om det fikk trinnpris 15. november 2008. Grunnlagsdata: jf. kap. 3.2.

¹³ Datagrunnlag fra Reseptregisteret, Nasjonalt folkehelseinstitutt

¹⁴ For mer informasjon om økning i omsetning av generika i Norge se "Årsaker til ulik generikaandel i nordiske land", 2009 – www.legemiddelverket.no

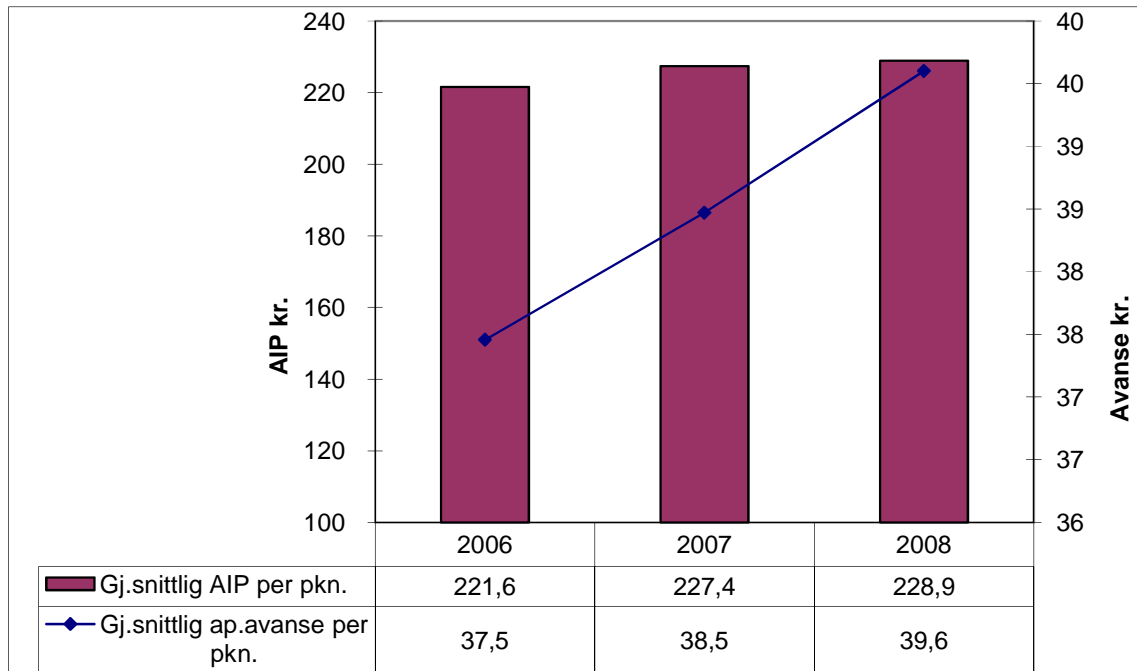
3.4 Utvikling i gjennomsnittlig AIP per pakning

Figur 5 viser utviklingen i gjennomsnittlig AIP for pakninger av registrerte, reseptpliktige legemidler i Norge. Legemidler omfattet av trinnprissystemet er ikke avanseregulert, og er av den grunn trukket ut av datagrunnlaget¹⁵. Figuren viser at gjennomsnittlig AIP per pakning har økt med 3,3 prosent i perioden 2006 – 2008. Den generelle prisstigningen i samme periode målt ved konsumprisindeksen (KPI), har vært på 4,6 prosent¹⁶. Dette gir en reell prisnedgang på 1,3 prosent for gjennomsnittspakningen.

Gjennomsnittlig avanse per pakning har økt med 5,7 prosent i den samme perioden (fra 37,50 til 39,60 kroner). Korrigert for KPI, ser vi at det har vært en realoppgang i gjennomsnittlig apotekavanse per pakning på 1,1 prosent. Selv om det reelt sett har vært en nedgang i gjennomsnittlig AIP per pakning, har altså apotekavansen per pakning økt. Det skyldes at kronetillegget i apotekavansen er fast. Når AIP-verdien synker, vil kronetillegget utgjøre en større prosentandel av AIP-verdien og avanseprosenten vil øke.

Grovt sett har altså gjennomsnittlig AIP og apotekavanse for registrerte, reseptpliktige pakninger holdt følge med den generelle prisveksten ellers i samfunnet, målt ved KPI.

Figur 5 Utvikling i gjennomsnittlig AIP og avanse per pakning (ekskl. trinnprislegemidler), ekskl. MVA¹⁷



Gjennomsnittspakningen i 2008 hadde en AIP på 228,90 kroner og tilhørende avanse på 39,60 kroner. Dette tilsvarer en apotekavanse på 17,3 prosent.

¹⁵ Trinnprislegemidlene er trukket ut for det aktuelle året virkestoffet kom på trinnpris, og alle etterfølgende år. Atorvastatin er inkludert i datagrunnlaget for 2008, selv om det fikk trinnpris 15. november 2008.

¹⁶ Statistisk sentralbyrå

¹⁷ Datagrunnlag: jf. kap. 3.2.

Overgang til nye og dyrere legemidler har de siste årene i større grad forekommet for sykehusapotekene enn for de private apotekene. Dette er illustrert i tabell 1.

Tabell 1 gjennomsnittlig AIP per pakning, alle reseptpliktige pakninger med MT, ekskl. MVA¹⁸

Kroner	2006	2007	2008
Private apotek	187	182	176
Sykehusapotek	388	413	440

Fra 2006 til 2008 er gjennomsnittlig AIP per pakning for private apotek redusert med knapt 6 prosent. I sykehusapotekene er den økt med vel 13 prosent. Sykehus bruker mye dyre legemidler, og disse har blitt dyrere sammenlignet med legemidlene som selges i private apotek i løpet av perioden.

4. Apotekenes maksimalavanse

4.1 Hva skal avansen dekke?

Apotekavansen skal dekke kostnader apoteket har i forbindelse med lovpålagte oppgaver og plikter knyttet til resept- og varehåndteringen. Disse oppgavene er utdypet i lover, forskrifter og rundskriv. Apotekavansen må ses på som en del av de samlede rammevilkår som skal skape grunnlag for avkastning til eierne av apotekene i Norge.

Man kunne tenke seg at avansen ble regulert ut fra kompleksiteten i reseptarbeidet. Eksempelvis kunne man differensiere faste kronetillegg: per pakning (som i dag), per ordinasjon, per resept, per pasient, per pasient per år, om det er førstegangseksedisjon av bestemte legemidler osv. Gjeldende struktur må sies å være relativt enkel og det er tatt høyde for at den skal reflektere gjennomsnittskostnadene per pakning.

At strukturen er enkel er en fordel i seg selv, for alle aktører. Det gjør det enkelt for alle aktører å beregne forventet avanse ved salg. Det vil derfor innenfor dagens struktur være varierende grad av lønnsomhet for apotekene for ulike pakninger og ulike reseptekspedisjoner.

I tillegg til lovpålagte plikter utfører også apotekene andre oppgaver som de i varierende grad kan ta betalt for. Eksempler på forvaltningsoppgaver som apotekene utfører mot betaling er utstedelse av Schengen-attester. Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) og multidosepakking er eksempler på faglige serviceoppgaver som utføres mot betaling.

Legemiddelverket oppfordrer også apotekfarmasøyter til å melde fra om bivirkninger, men dette er ikke en lovpålagt oppgave. Melding fra farmasøyter har gått ned fra 510 i 2005 til 291 i 2008. Nedgangen i meldinger fra farmasøyter er større enn for leger og annet helsepersonell.

Helsedirektoratet har ledet et arbeid med å vurdere tjenester i apotek, på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Direktoratet la den 1. april 2009 frem rapporten "Helsehjelp i apotek". I rapporten blir det blant annet vurdert om ulike tjenester er egnet som helsehjelp i apotek. Egne arbeidsgrupper har vurdert hver enkelt tjeneste. I rapporten drøftes ikke

¹⁸ Datagrunnlag: Grossiststatistikken, Folkehelseinstituttet

finansiering spesielt. Helsedirektoratet foreslår at Helse- og omsorgsdepartementet først beslutter om tjenestene skal støttes ved en offentlig finansiering og i så fall hvilke tjenester det dreier seg om. Helsedirektoratets konkluderte med at tjenestene legemiddelsamtaler og røykesluttveiledning kan være velegnet å etablere i apotek. Direktoratet konkluderte også med at tjenestene formidling av offentlig helseinformasjon, inhalasjonsveiledning astma/KOLS og veiledning i bruk av medisinsk forbruksmateriell for diabetes utføres i apotek, men kan struktureres og organiseres bedre. Direktoratet anbefaler ikke kolesterolmålinger i apotek.

4.2 Maksimalavanse for apotek – legemidler uten trinnpris

For reseptpliktige legemidler var maksimalavansen i perioden 2006 – 2008, beregnet etter følgende satser:

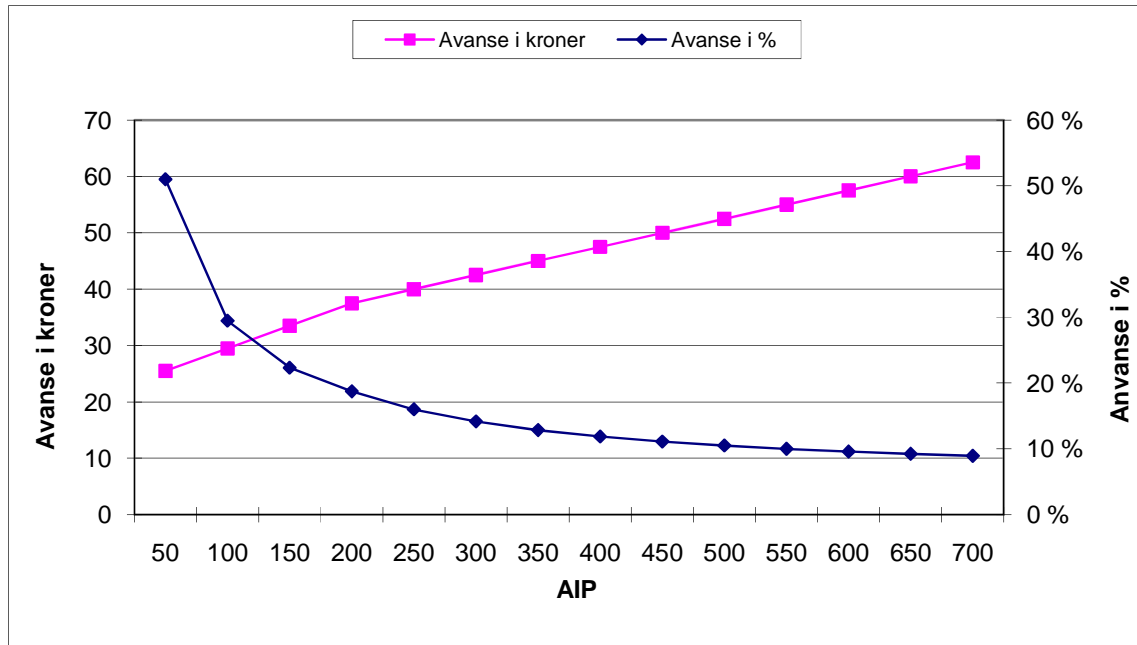
- 8 % av de første 200 kroner AIP
- 5 % av beløpet over 200 kroner AIP
- Kronetillegg - 21,50 kroner per pakning
- Tillegg for A-/B-preparater - 10 kroner per pakning

Fra 1. januar 2009 ble avansesatsene noe endret og avansen ble redusert slik at det ville gi en innsparing på 15 mill. kroner for Folketrygden og 10 mill kroner for pasientene. For nærmere informasjon om bakgrunnen for endringen, vises det til kapittel 5. Satsene for beregning av maksimalavansen fra 1.1.2009 er:

- 7 % av de første 200 kroner AIP
- 4 % av beløpet over 200 kroner AIP
- Kronetillegg - 22,00 kroner per pakning
- Tillegg for A-/B-preparater - 10 kroner per pakning

Maksimal apotekavanse per pakning fastsettes ved at det ut fra fastsatt maksimal apotekets innkjøpspris (maks AIP) først beregnes prosenttillegg og deretter legges relevante kronetillegg til.

Figur 6 illustrerer hvordan maksimal apotekavanse per pakning varierer for ulike AIP målt i kroner og prosent.



Beregningen som ligger til grunn for figur 4 inkluderer ikke A/B-tillegg.

Maksimal apotekavanse benyttes for reseptpliktige legemidler til mennesker. Den benyttes også kun for legemidler med markedsføringstillatelse. En del reseptpliktige legemidler omsettes i pakninger som er unntatt fra reseptplikt. Bestemmelsene om maksimal apotekavanse gjelder ikke for disse pakningene.

For farmasøytiske preparater levert etter spesielt godkjenningfritak, er tillegget 25 prosent av apotekets faktiske innkjøpspris og et tillegg på 35 kroner per pakning, med eventuelt tillegg for A/B-preparater.

Apotektilvirkede legemidler har i hovedsak fri prisdannelse. Legemiddelverket har hjemmel til å fastsette AIP og AUP av hensyn til visse kriterier, jf. legemiddelforskriften § 12-4. Legemiddelverket har i 2008 fastsatt refusjonspris for enkelte apotekfremstilte legemidler som har forhåndsgodkjent refusjon.

En del medisinsk forbruksmateriell og dietetiske næringsmidler på resept refunderes av trygden og har derfor en fastsatt refusjonspris. Denne refusjonsprisen fremkommer som et fast prosenttillegg til AIP. Prosenttillegget varierer fra 18 til 40 prosent, avhengig av produktgruppe. Helse- og omsorgsdepartementet forvalter avansereguleringen for disse varene. Trygden refunderte slike varer for 1,1 – 1,2 mrd. kroner årlig i perioden 2006 - 2008.¹⁹

Som nevnt tidligere, er avansen på reseptfrie legemidler ikke regulert, og det er fri utsalgspris for denne produktgruppen. Apotekavansen på reseptfrie legemidler økte fra 88 prosent i 2006

¹⁹ St.prp. nr. 1 for Helse- og omsorgsdepartementet, (2008 – 2009) og (2009 – 2010), kap. 2751 post 72 Sykepleieartikler

til 102 prosent i 2008. Avansen er her anslått ved å dele total omsetning på reseptfrie legemidler til mennesker på AUP-nivå med total omsetning av samme varegruppe på AIP-nivå.²⁰ Den regulerte maksimalavansen på reseptpliktige legemidler er en del av flere rammevilkår som til sammen utgjør de totale rammevilkår for omsetning av legemidler. Det at reseptfrie pakninger ikke er pris- og avanseregulert, er en sentral del av rammevilkårene for næringen. Det er rimelig at også dette må tillegges vekt når man skal vurdere nivået på den regulerte maksimalavansen. At reseptfrie legemidler ikke er pris- og avanseregulert, og at legemidler omfattet av trinnpris ikke er avanseregulert (men prisregulert) kan således betraktes som deler av det som utgjør de totale rammevilkår for legemiddelomsetning i Norge.

4.2.1 Strukturen på apotekavansen

Maksimalavansen består av et fast kronetillegg som er uavhengig av pakningens verdi, og et prosentpåslag som avtar med økende AIP. Siden apotekets kostnader knyttet til håndtering og ekspedisjon av en legemiddelpakning i stor grad vil være uavhengig av legemiddelets pris, er det rimelig at det faste kronetillegget utgjør en relativt vesentlig andel av avansen. For billige pakninger vil kronetillegget dermed utgjøre en større andel av avansen enn for dyrere pakninger. Apotekene er dermed sikret en minsteavanse på relativt billige pakninger. I tillegg kommer det et kronetillegg for A/B-preparater som skal dekke den høyere kostnaden for apoteket ved ekspedering av slike preparater.

I forbindelse med endringen av apotekavansen 1. januar 2009, ble det i samråd med Apotekforeningen besluttet å øke det faste kronetillegget, mens prosentpåslaget ble justert ned (se kap. 5).

4.2.2 Avansestrukturens påvirkning på apotekenes incentiver

Avansestrukturen må være slik at den i størst mulig grad gir riktige incentiver til apotekene. Det faktum at legen forskriver legemidlene, gjør at apotekenes handlefrihet til å styre salget mot lønnsomme varer/ekspederinger er begrenset på det reseptpliktige segmentet. Apotekene har noe handlefrihet når det gjelder størrelsen på pakningene som ekspederes. Apotekpersonell er imidlertid forpliktet til ikke å påføre pasienter unødvendige utgifter (helsepersonelloven § 6). Også apotekloven § 6-4 om prisopplysningsplikt er ment å motvirke eventuelle føringer om å ekspedere på en slik måte at kostnaden for kunden øker.

Kronetillegget i avansen gir apotekene, isolert sett, et insentiv til å selge flere småpakninger framfor en stor pakning, gitt at de skal selge det samme antall enheter.

Eksempelet viser hvordan apotekene tjener mer på å selge to 50- pakninger framfor en 100- pakning når enhetsprisen pr tablett er lik på AIP- nivå. Salg av to 50-pakninger gir 58 kroner i avanse mens salg av en 100-pakning gir 36 kroner i avanse.

²⁰ Alle apotek, grunnlagsdata fra Apotekforeningen (AUP) og Grossiststatistikken (AIP)

Tabell 2 Eksempel salg av to 50-pakninger eller en 100-pakning

	50 pakning	100 pakning
AIP	100	200
Kronetillegg	22	22
%-påslag	7	14
Avanse	29	36
Samlet avanse	2*29= 58	36
Avanseprosent	(58/200) 29 %	(36/200) 18 %

Strukturen med prosentvise påslag gir imidlertid apotekene incentiver til å selge dyre framfor billige pakninger. Dette trekker i retning av at avansen i større grad bør baseres på kronetillegg pr. pakning. En fullstendig overgang til kronetillegg gir imidlertid apotekene for sterke incentiver til økt salg av småpakninger, ettersom dette vil gi større fortjeneste.

Avansen bør derfor fortsatt være en kombinasjon av kronebasert- og prosentbasert tillegg.

Legemiddelverket har ikke sett tegn på at man har en uønsket vridning mot å ekspedere små pakninger som skulle skyldes avansestrukturen. Vi foreslår derfor ikke å endre på dette.

4.3 Avanse på legemidler i trinnprissystemet

Størstedelen av det byttbare segmentet er regulert gjennom trinnprissystemet. Innenfor trinnprissystemet reguleres prisene på AUP-nivå, og avansen er ikke regulert.

For de vertikalt integrerte kjedene er det ikke hensiktsmessig å utelukkende se på hvilken avanse som tas ut i apotekleddet. Deler av rabattene som oppnås hos leverandørene tas ut i grossistleddet og fører ikke til en lavere AIP.

4.3.1 Endringer i trinnprissystemet

Det har siden 2006 skjedd to forskriftsendringer i trinnprissystemet. Fra 1. januar 2007 ble antall trinnpriskutt redusert fra tre til to. Samtidig ble siste kuttsats justert fra 50/70 prosent til 55/75 prosent av utgangsprisen. For simvastatin ble siste kutt økt til 85 prosent av utgangsprisen. Endringene kom etter en evaluering av trinnprissystemet foretatt i april 2006²¹. Det ble anslått at Folketrygd og pasient til sammen ville spare om lag 240 mill. kroner i 2007 som følge av dette.²²

Fra 1. januar 2008 ble det innført et betinget tredje kutt. Virkestoff som fremdeles omsatte for mer enn et visst beløp 12 måneder etter siste ordinære kutt, ble kuttet ytterligere 10/5 prosentpoeng. Tabell 3 gir en oversikt over gjeldende kuttsatser og tidspunkt for kutt. Det ble anslått at Folketrygd og pasient i alt ville spare om lag 110 mill. kroner i 2008 som følge av dette.²³

²¹ Evaluering av trinnprissystemet 2006, www.legemiddelverket.no

²² St.prp. nr. 1 (2006 – 2007) Helse- og omsorgsdepartementet, kap. 2751 post 70 Legemidler

²³ St.prp. nr. 1 (2007 – 2008) Helse- og omsorgsdepartementet, kap. 2751 post 70 Legemidler

Tabell 3 Trinnprismodellen

Omsetning AUP siste 12 måneder før generisk konkurranse		< 100 mill. kr	> 100 mill. kr	
	Kutt-tidspunkt			
1. kutt	Ved generisk konkurranse	30%	30%	
2. kutt	6 måneder etter generisk konkurranse	55%	75%	
Omsetning AUP minst 12 måneder etter siste kutt		> 15 mill. kr	> 30 mill. kr og < 100 mill. kr	> 100 mill. kr
	Kutt-tidspunkt			
3. kutt	Tidligst 12 måneder etter siste ordinære kutt	65%	80%	85%

4.3.2 Nivået på trinnprisavansen

Innenfor trinnprissystemet reguleres prisene på AUP-nivå, og det er derfor ingen avanseregulering. Tradisjonelt har samlet avanse for apotek og grossist på dette segmentet ligget langt høyere enn for legemidler på det ikke-byttbare segmentet. Selv om trinnprisene i perioden 2006 – 2008 har blitt redusert to ganger, er avansen i dette segmentet fremdeles betydelig høyere enn segmentet for ikke-byttbare legemidler. (Samlet grossist- og apotekavanse er beregnet som andel av GIP. I beregning av apotekavansen for seg er den beregnet som andel av AIP og tilsvarende for grossistavanse som er beregnet som andel av GIP. Samlet grossist- og apotekavanse blir derfor større enn summen av apotek- og grossistavanse når de er beregnet separat.)

Apotekene har en del arbeid forbundet med generisk bytte, og det er derfor rimelig at apotekavansen er høyere på trinnprislegemidler enn på andre reseptpliktige legemidler.

Alle anslag i kap. 4.3 er basert på data fra grossiststatistikken.

I det videre i dette kapitlet er det fokusert på den samlede avansen for apotek og grossist fordi det er mest relevant for de vertikalt integrerte kjedene. Disse har størstedelen av markedet i Norge. 12 apotek drives som enkeltmannsforetak i Norge. Disse sikres en avanse på trinnprislegemidler fordi grossistene må tilby dem minst ett legemiddel til en AIP, som med tillegg av maksimal apotekavanse, ikke er høyere enn at apotek kan selge legemidlet til trinnpris.²⁴

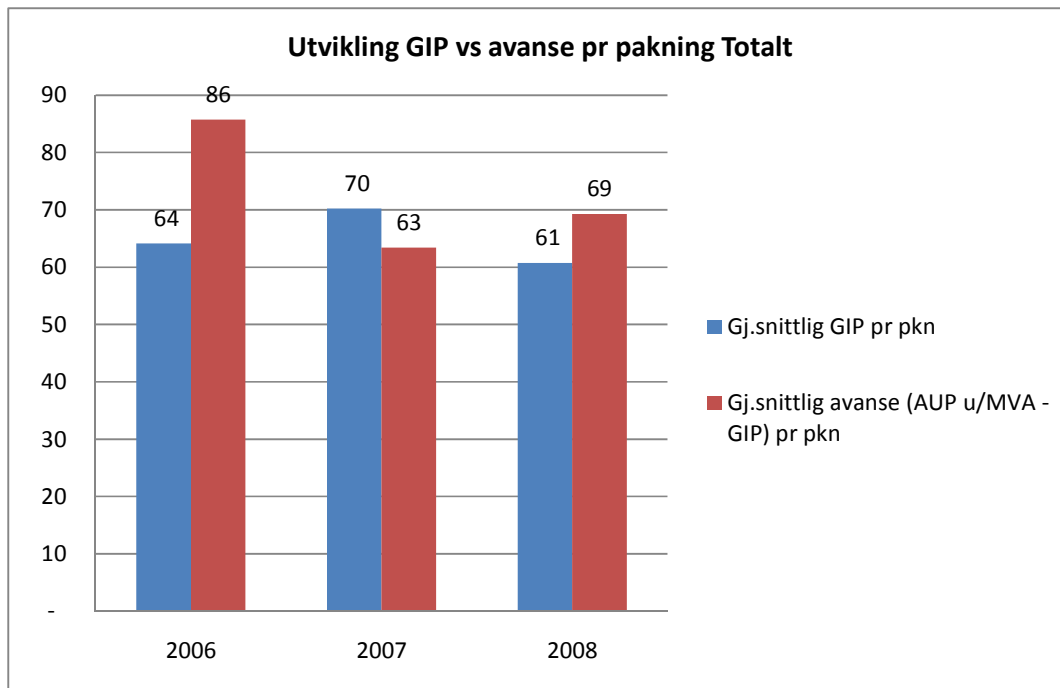
I perioden 2006 – 2008 har gjennomsnittlig grossist innkjøpspris (GIP) per pakning på trinnprislegemidler gått ned fra 64 til 61 kroner (- 5 prosent), mens gjennomsnittlig samlet avanse for apotek og grossist per pakning har gått ned fra 86 til 69 kroner (- 20 prosent)²⁵.

²⁴ Legemiddelforskriftens § 12 – 19

²⁵ Omsetning fra private apotek, omsetning i sykehus og institusjoner ekskludert.

Denne nedgangen i gjennomsnittlig GIP og avanse skyldes antakelig i hovedsak forskriftsendringene per 1. januar 2007 og 1. januar 2008.

Figur 7 Utvikling i gjennomsnittlig GIP og samlet avanse for apotek og grossist på trinnprislegemidler, ekskl. sykehusapotek og institusjoner²⁶



Figur 7 i rapporten viser gjennomsnittlig GIP og samlet avanse for apotek og grossist på trinnprislegemidler (volumvektet), ekskludert sykehusapotek og institusjoner og ekskl. MVA.

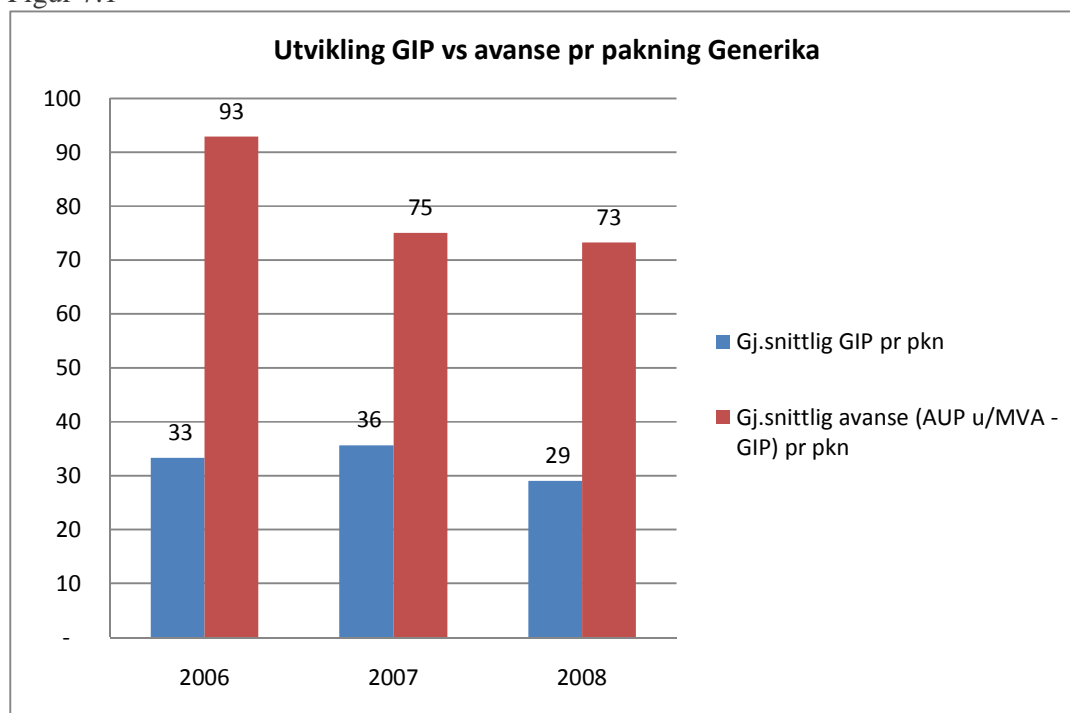
Figur 7 indikerer at både gjennomsnittlig GIP og avanse per pakning gikk ned fra 2006 til 2008. Ser man på fordelingen mellom generika og original, får man følgende figurer:

²⁶

Datagrunnlag: AIP, GIP og volumtall fra Grossiststatistikken. AUP er beregnet ut fra AIP ved bruk av formelen for maksimal apotekavanse.

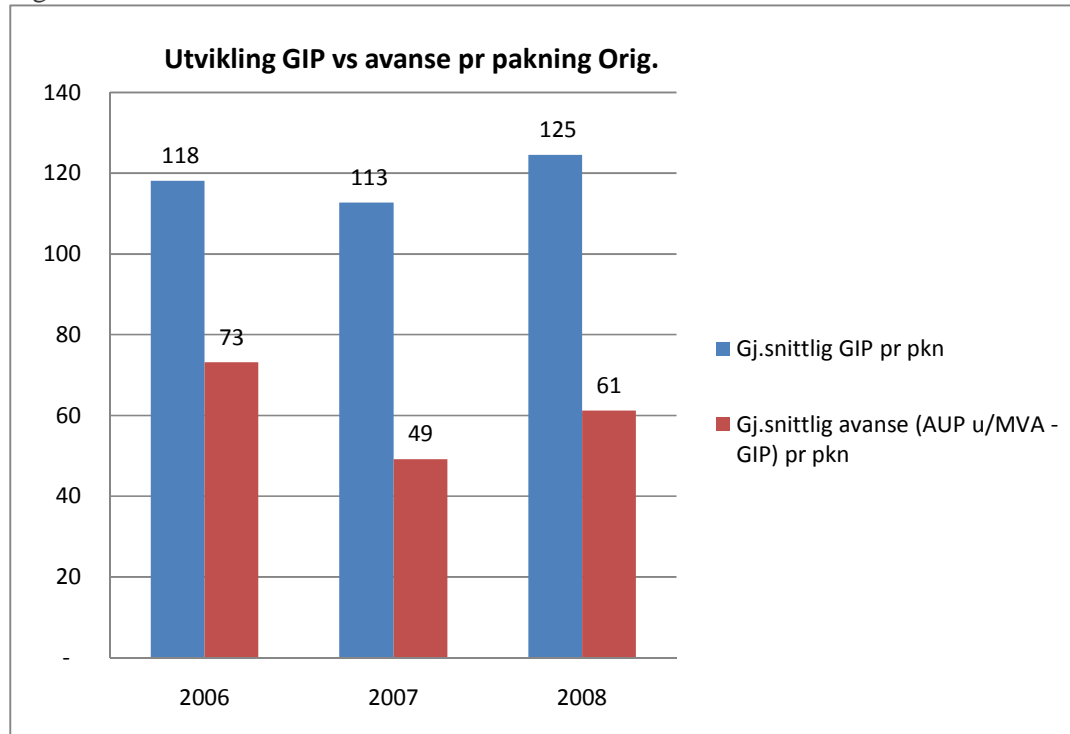
Trinnprislegemidlene er inkludert i året virkestoffet kom på trinnpris og alle etterfølgende år. Atorvastatin er unntaket, og er ikke inkludert i datagrunnlaget for 2008, selv om det fikk trinnpris 15.november 2008.

Figur 7.1



Samme datagrunnlag som figur 7. Generikapakninger er identifisert med kode fra Farmastat.

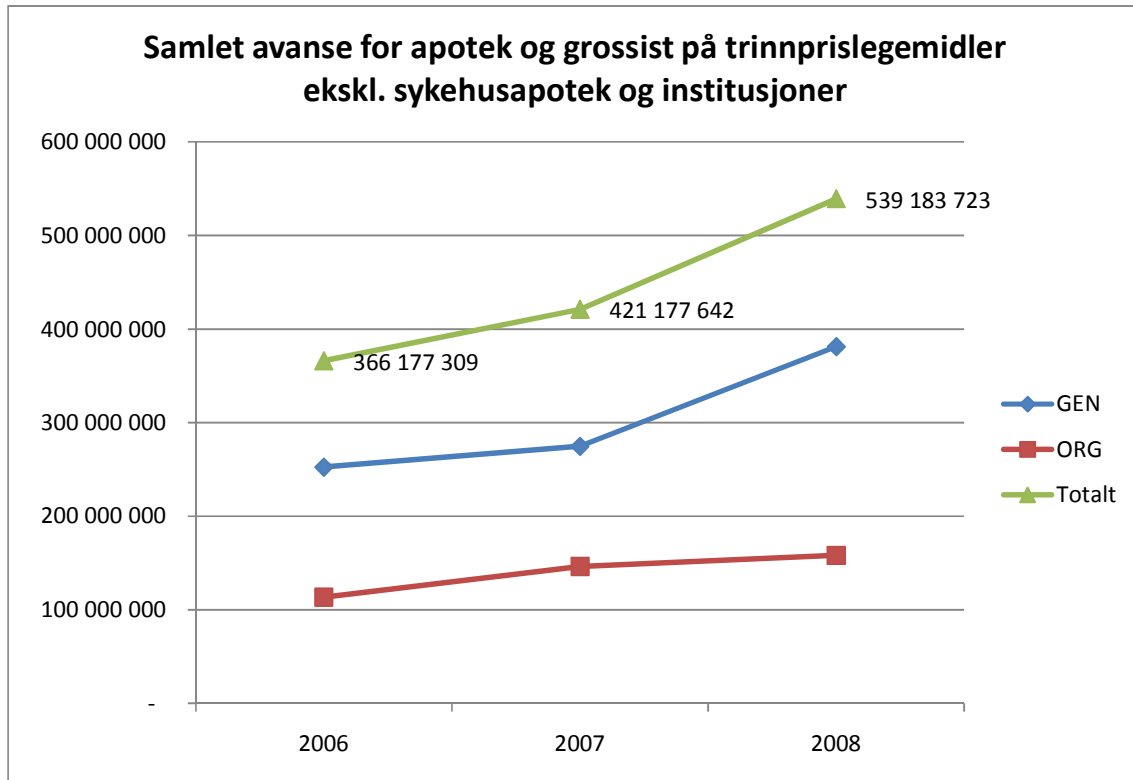
Figur 7.2



Samme datagrunnlag som figur 7. Originalpakninger er identifisert ved kode fra Farmastat.

Gjennomsnittlig avanse per pakning har gått ned for både generika og original. Men når det gjelder gjennomsnittlig GIP per pakning, har den for generika gått ned med 4 kroner (12 prosent) fra 2006 til 2008, mens den har økt med 7 kroner (6 prosent) for originalen. Når trinnsprisen har gått ned som følge av forskriftsendringer, har originalleverandørene i større grad opprettholdt en høyere GIP.

Figur 8 Samlet avanse for apotek og grossist på trinnprislegemidler



Ekskl. mva og sykehusapotek og institusjoner.

Datagrunnlag: AIP, GIP og volumtall fra Grossiststatistikken. AUP er beregnet ut fra AIP ved bruk av formelen for maksimal apotekavanse.

Trinnprislegemidlene er inkludert i året virkestoffet kom på trinnpris og alle etterfølgende år. Atorvastatin er unntaket, og er ikke inkludert i datagrunnlaget for 2008, selv om det fikk trinnpris 15.november 2008.

AUP er beregnet i figur 8, mens figur 4 er basert på faktisk AUP. I tillegg er omsetningen for sykehusapotek og institusjoner ekskludert i datagrunnlaget for figur 8, mens grunnlaget for figur 4 er inkludert dette. Avansebeløpene blir derfor høyere i figur 4 enn i figur 8. Det skyldes at det ikke var praktisk mulig å skille ut sykehusapotek og institusjoner i datagrunnlaget for figur 4 da rapporten ble laget. Formålet med figur 8 er imidlertid å vise utviklingen i avansen på trinnprislegemidler for private apotek, fordelt på generika og originallegemidler. Vi ser at utviklingen, både med og uten sykehusapotek, viser den samme trenden.

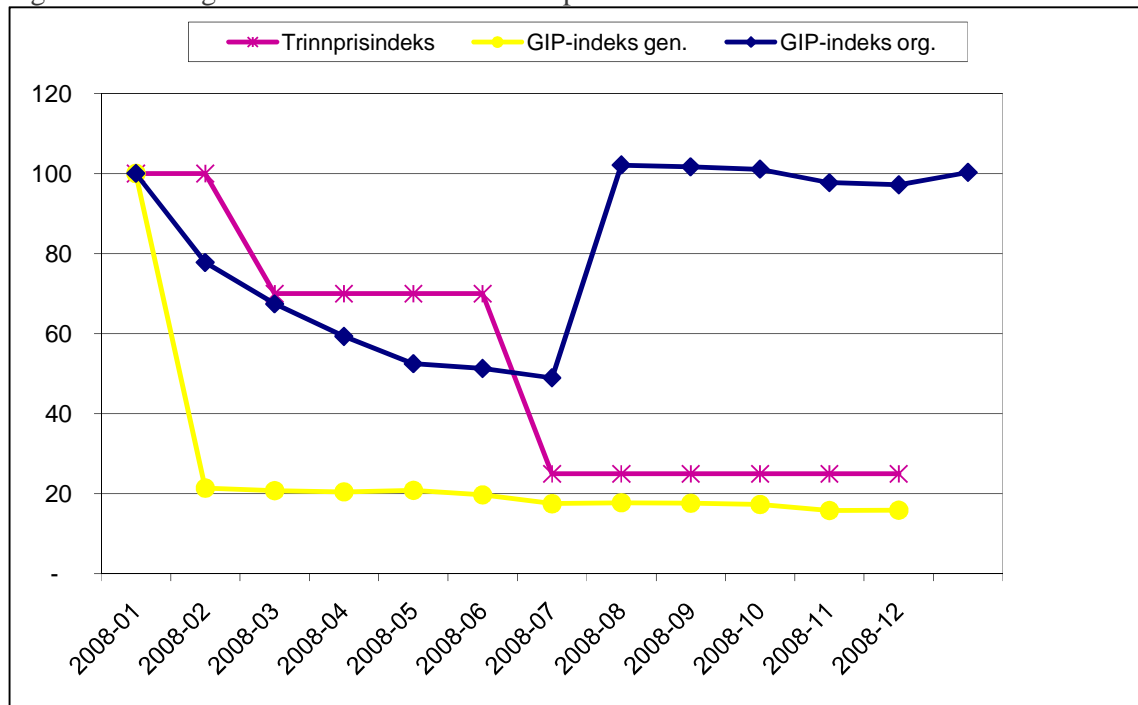
4.3.3 Utviklingen i GIP etter innføring av trinnpris

I evalueringen av trinnprismodellen som ble gjort i 2006, så vi at for de fleste tilfellene, var en "trinnpris-GIP" allerede fremforhandlet før trinnprisen trådte i kraft. Videre så man at prisfallet allerede ved begynnelsen var tilpasset de fremtidige kuttene i trinnprisen. Dette er ikke like tydelig i perioden 2006 - 2008. For enkelte virkestoff ser vi fremdeles at grossistene fremforhandler en GIP som allerede fra begynnelsen er tilpasset fremtidige kutt.

I figur 9 og 10 er prisene indeksert slik at 100 er lik maksimal AUP og faktisk GIP da generisk konkurranse oppstod. Månedlig observasjon er gjennomsnittsverdien for måneden.

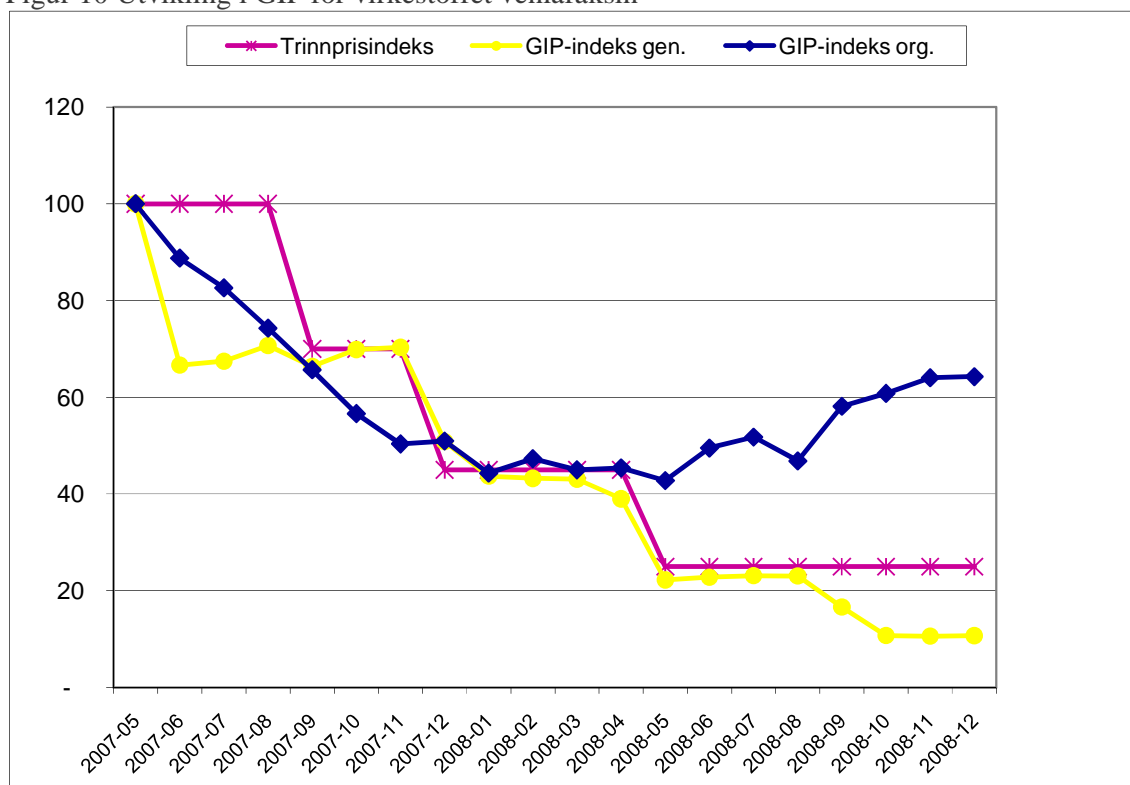
I figur 9 ser vi utviklingen i GIP for virkestoffet olanzapin. Her ser man at grossistene har klart å fremforhandle en lav GIP som allerede fra start er tilpasset den endelige trinnprisen. Av figuren fremkommer det også at originalleverandøren etter inntreden av andre trinnpriskutt, velger å øke prisene. Originalens GIP går dermed tilbake til samme nivå som før generisk konkurranse og trinnpris. En vanlig forklaring på endringen i originalens GIP, er at generikaleverandørene har fått de store avtalene med kjedene. Volumet til originalen går dermed ned til fordel for generika. I en slik situasjon vil det ofte lønne seg for originalen å selge til maksimalpris, og dermed øke fortjenesten per enhet.

Figur 9 Utvikling i GIP for virkestoffet olanzapin



For andre virkestoff, for eksempel venlafaksin i figur 10, ser vi at utviklingen i GIP er mer i samsvar med tidspunktene for trinnpriskuttene.

Figur 10 Utvikling i GIP for virkestoffet venlafaksin



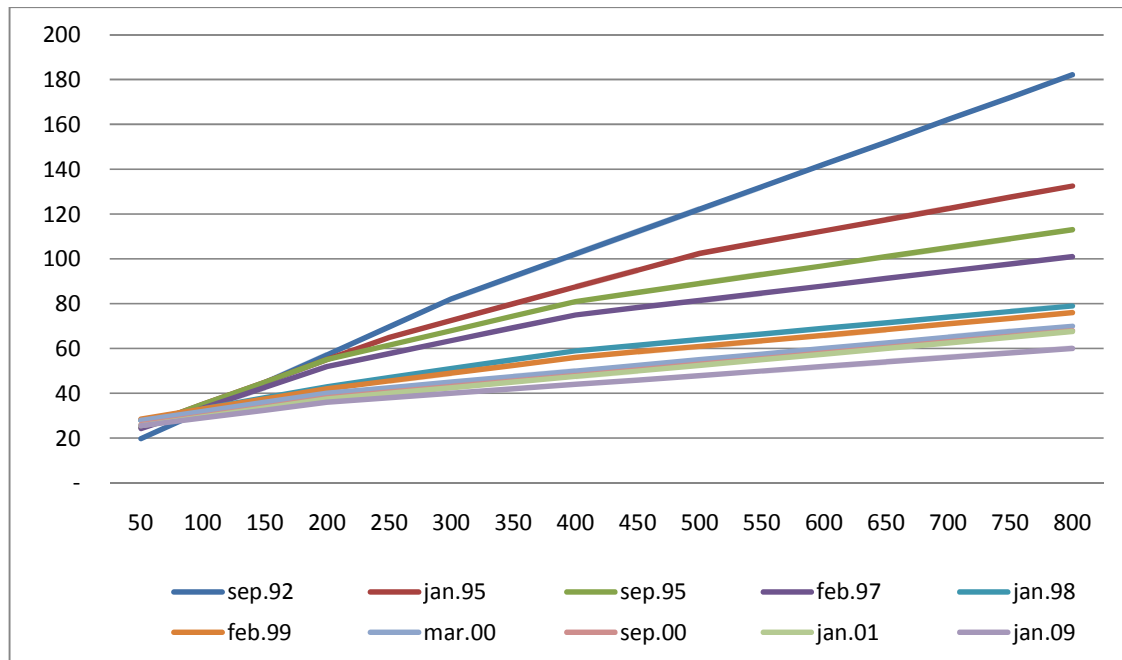
5 Utvikling i apotekenes økonomiske rammevilkår

Det ble gjort en rekke endringer i den regulerte maksimalavansen på 90-tallet. Både nivået og strukturen på avansen ble endret gjentatte ganger. Den gjennomsnittlige avansen ble gjennomgående redusert, og vi fikk over tid en overgang fra prosentvise påslag til større kronepåslag. Disse endringene var i hovedsak begrunnet i apotekenes økonomiske resultater. Etter at ny apoteklov trådte i kraft i 2001, holdt man avansesatsene stabile frem til og med 2008. Fra 1. januar 2009 ble den justert noe. Hovedbegrunnelsen for det var at den budsjetterte legemiddelavgiften ble redusert med 90 mill. kroner. Samtidig ble avansen redusert slik at det ville gi en innsparing for Folketrygden tilsvarende 15 mill. kroner. Legemiddelverket anslår at det innebar en reduksjon i apotekavansen på 25 mill. kroner i 2009. (Jf. St.prp. nr. 1 (2008 – 2009) og Innst. S. nr. 11 (2008 - 2009)).

Se vedlegg 1 for en oversikt over endringer som er gjort i maksimalavansene siden 1992 og fram til i dag.

Utviklingen i avansesatser fra 1992 er illustrert i figur 12 ved å se hvilken avanse per pakning ulike nivåer av AIP vil gi.

Figur 12 Utviklingen av avansesatser fra 1992 til i dag. X-aksen angir ulike AIP-verdier og y-aksen gir avansen i kroner til den aktuelle AIP.



Figuren viser at det er en tendens til flattere struktur i avansen, hvor man gradvis har lagt mer vekt på kronetillegg enn på tillegg som prosent av AIP.

6 Apotekøkonomi og apotekdekning

Legemiddelverket publiserte nylig apotekstatistikken for 2008 og en oversikt over apotekdekning.²⁷ Hovedkonklusjonene gjengis her:

- Regnskapstallene for 2008 viser et redusert driftsresultat for apotekene sammenlignet med 2006 og 2007, mens resultatet er økt sammenlignet med 2002 – 2005.
- Vareforbrukets andel av kostnadene reduseres.
- Lønnskostnadene stiger
- Lokal- og andre driftskostnader stiger
- Totalomsetningen (inkl sykehusapotek) økte med 4,3 prosent for apotekbransjen samlet fra 2007 til 2008.
- 24 prosent av de private apotekene hadde negativt driftsresultat.
- Fortsatt netto økning i antall apotek. Antallet økte med 87 til sammen i årene 2006, 2007 og 2008, til totalt 636 per 1.1.2009.
- Per 1.1.2009 var det i gjennomsnitt 8000 innbyggere per apotek i Norge.

7 Vertikal integrasjon og avanse i grossistledet

85 prosent av alle private apotek i Norge er i en vertikalt integert kjede. Lønnsomheten i apotek som ikke er i vertikalt integrert kjede, påvirkes også av innkjøpsbetingelsene de får fra de tre fullsortimentsgrossistene. Derfor må apotekenes økonomi ses i sammenheng med grossistenes økonomi.

Se oversikt over grossistenes økonomiske resultat fra apotekstatistikken for 2007.²⁸ I tillegg foreligger nå nyere tall for Norsk Medisinaldepot AS og Alliance Boots Plc²⁹. For Apokjeden Distribusjon AS var utviklingen i driftsresultatet positiv i årene 2006 – 2007. Det samme gjelder for Norsk Medisinaldepot AS for årene 2006 - 2008 Alliance Boots Plc har hatt en nedgang i driftsresultatet fra 2006 til 2008.

8 Sammenligning med Sverige, Danmark og Finland

Markedsstruktur, reguleringer og rammevilkår varierer vesentlig mellom de ulike landene i Norden. Sverige har hatt et statlig apotekmonopol frem til 1. juli 2009. Danmark og Finland har selvstendige apotek slik vi hadde i Norge før 2001. I Norge har vi tre vertikalt integrerte kjeder med utenlandsk eierskap som dominerer markedet. Grossistavansen er ikke regulert, og i Norge må man se apotekenes avanse i sammenheng med inntjeningen i grossistledet. Ulik organisering av distribusjonsledet gjør det vanskelig å sammenligne avansenivåene i de ulike landene. Forskjellene mellom landene gjør også at det er lite relevant å bruke internasjonale sammenligninger som grunnlag for vurderinger av apotekavansen i Norge. Relevansen av avansesammenligninger mellom land ble også avvist i legemiddelmeldingen³⁰.

I det følgende gjøres likevel noen enkle analyser som indikerer at det er forskjeller i nivået på apotekavansen slik som avansemodellene var per oktober 2009.

²⁷ ”Apotekstatistikk 2008” og ”Apotekdekning i Norge fra 1980 til 2009” – www.legemiddelverket.no

²⁸ ”Apotekstatistikk 2007” – www.legemiddelverket.no

²⁹ Årsregnskap for selskapene

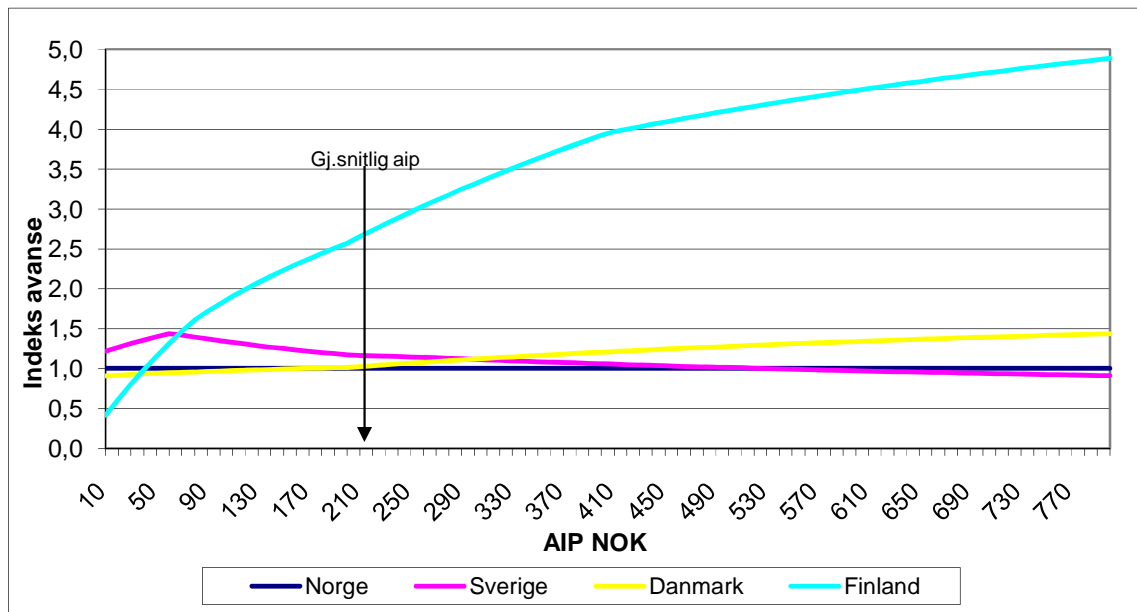
³⁰ St.meld. nr. 18 (2004 – 2005), kap. 12.4.4

Tabell 4 Ulike lands avanseregler per oktober 2009 anvendt på ulike AIP-verdier

AIP	Avanse			
	Norge	Sverige	Finland	Danmark
50	25,52	35,65	29,39	23,96
100	29,04	39,12	52,57	28,11
150	32,48	40,62	72,57	32,26
200	36,00	42,12	92,57	36,41
250	38,00	43,58	112,57	40,56
300	40,00	44,58	132,57	44,71
350	42,00	45,58	152,57	48,86
400	44,00	46,58	172,57	53,01
450	46,00	47,58	188,17	57,16
500	48,00	48,58	203,17	61,31
550	50,00	49,58	218,17	65,46
600	52,00	50,58	233,17	69,61
650	54,00	51,58	248,17	73,76
700	56,00	52,58	263,17	77,91
750	58,00	53,58	278,17	82,06
800	60,00	54,58	293,17	86,21

Tabell 4 viser hvor stor avanse de ulike lands avanseregler gir på ulike AIP-nivåer. Avansene er regnet om til norske kroner. Et gjennomsnitt av siste 6 måneders valutakurs er lagt til grunn for at ikke regnestykket skal bli preget av tilfeldige valutasingninger. I tabellen er ikke det norske A/B tillegget regnet inn. Det finnes ikke tilsvarende tillegg i de øvrige landene. Etter 1. november 2009 får svenske apotek, i tillegg til avansen som er lagt til grunn i tabell 2, også 10 kroner per pakning ved generisk bytte. Beregningene i tabell 4 er illustrert grafisk i figur 13.

Figur 13 Sammenligning av avansestruktur i nordiske land, avanseregler per oktober 2009



Figur 13 viser at den danske avansen gir lavere avanse enn den norske for AIP under ca 200 kroner, mens de danske satsene gir høyere avanser for AIP over dette beløpet. I figuren er den

norske avansen lik 1,0. Gjennomsnittlig AIP på en reseptpliktig pakning i Norge er 202 kroner i 2008³¹. Avansesatsene i Sverige gir høyere avanser enn Norge for AIP opp til ca 520 kroner. Finland har en helt annen avansestruktur enn Norge, som gjennomgående gir høyere avanse. En lavere MVA-sats (8 prosent mot 25 prosent i Norge) gjør imidlertid at utsalgsprisene ikke stiger like mye.

I tabell 5 har vi anvendt samme avansesatsene som i tabell 4 på hele det norske omsetningsvolum av reseptpliktige pakninger i 2008. Det er gjort ved en simulering på pakningsnivå med faktisk norsk AIP. Her er A/B-tillegget regnet med i den norske avansen.

Tabell 5 Anslått total apotekavanse i nordiske land³²

	Norge	Danmark	Finland	Sverige
Total avanse, mill. NOK	1 716	1 858	3 995	1 906
Avanse per pakning, NOK	35,50	38,00	82,00	39,00
Avanse	17,3 %	18,7 %	40,2 %	19,2 %
Apotekavgifter per okt. 2009	0,55 %		7 % i gj.snitt	

Tabell 5 viser hvilken total maksimalavanse norske, svenske, finske og danske avansereguleringer ville gitt anvendt på det prisregulerte legemiddelmarkedet i Norge (ekskl. mva).

Finland har en høy avgift som varierer mellom 6 og 11 prosent av apotekets omsetning, avhengig av størrelsen på apotekets brutto omsetning. Avgiften reduserer forskjellen i avanse mellom Finland og de andre landene.

Videre må man merke seg at maksimalavansesatsene gjelder også for generiske legemidler i Sverige og Danmark, mens det innenfor trinnprissystemet i Norge ikke er maksimalavansereguleringer. For å ikke utelate avansen på dette segmentet, har vi simulert en avanse på legemidler i trinnprissystemet ved å bruke satsene for maksimal avanse.

Tabell 6 Faktisk total bruttoavanse i apoteknæringen i de nordiske landene 2008

		Kilde
Sverige	20,3 %	Apoteket AB, Årsredovisning 2008
Danmark	18,6 %	Danmarks apotekforening, Legemidler i Danmark 2009
Finland	23,5 %	The Association of Finnish Pharmacies 2008
Norge	26,9 %	Apotekstatistikk 2008 – Statens legemiddelverk

Tabell 6 viser den samlede bruttoavansen, også fra deler av omsetningen som ikke er pris- og avanseregulert. Apoteknæringen i Norge har en høyere bruttofortjeneste enn i Sverige, Danmark og Finland.

For å vurdere lønnsomheten i apoteknæringen i Norge, må også grossistleddet tas med i vurderingen. Vi har derfor også tatt med tall for grossistmargin i de andre nordiske landene i tabell 7. Som tidligere nevnt, er organiseringen av distribusjonen er ulik i de nordiske landene, og man må være forsiktig når man sammenligner nøkkeltall.

³¹Datagrunnlag: Grossiststatistikken, Folkehelseinstituttet, alle apotek, reseptpliktige legemidler med MT.

³²Datagrunnlag: se kap. 3.2.

Tallene i tabell 7 indikerer at grossistmarginen i Norge har vært vesentlig høyere enn i Sverige og Finland og noe lavere enn i Danmark.

Tabell 7 Grossistmarginer 2007

Land	Margin
Norge	6,0 %
Sverige	2,5 %
Danmark	6,6 %
Finland	3,0 %

Kilde: IMS Health i SNF-rapport nr. 05/08

Grossistmarginene er anslått av IMS Health og er anvendt i en rapport fra Samfunns- og næringslivsforskning AS. Fra andre kilder har vi tall som stemmer godt overens med marginene i tabell 5.³³

³³ Norge: Legemiddelverkets beregningsmodell, jf, kap. 3.2: 7 prosent for 2008, PPRI Pharma Profiles Danmark og Finland – 2007: For Danmark og Finland grossistmargin for 2006 på henholdsvis 6 og 4 prosent, Sverige: Läkemedelsindustriföreningen, fakta 2008: 2 – 3 prosent..

9 Spesialtilfeller av avansereguleringen

9.1 Avanse for omsetning av legemidler på spesielt godkjenningfritak

I evalueringen av apotekavansen fra 2006 foreslo Legemiddelverket å gjøre avansen for preparater levert etter spesielt godkjenningfritak degressiv. Sykehusapotekene og Apotekforeningen uttalte seg om forslaget i brev av henholdsvis 30. mars og 3. januar 2007. Forslaget ble ikke iverksatt.

Omsetningen på spesielt godkjenningfritak har for øvrig falt fra 177 mill. kroner i 2006 til 156 mill. kroner i 2008 (AIP, Farmastat).

9.2 Avanse ved anbrudd

I rundskriv 7-2008 fra Legemiddelverket er avansebestemmelser ved anbrudd i apotek beskrevet:

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

Det framgår av dette at det ikke er mulig å legge til A/B- tillegget etter utregning på angitt måte. Det kan imidlertid hevdes at arbeidet med spesielle registreringer og alt som ekspedisjon av A/B-preparater fører med seg, er det samme om det ekspederes 1 eller 100 tabletter. Ved ekspedering av noen få tabletter i anbrudd vil det kunne skje at minsteprisen blir endelig pris. 15 kroner skal da dekke alle sider av en slik ekspedisjon. Det kan synes som rimelig at A/B-tillegg kan beregnes også ved ekspedisjon av anbrudd. Legemiddelverket har ikke hatt tilgang til data om antall anbrudd av pakninger i reseptgruppe A og B. Dersom det blir aktuelt å gjennomføre forslaget, bør man anslå dette nærmere. Fordi det dreier seg om små pakninger, antar vi at pakningene i hovedsak ikke selges på blå resept og at det derfor er pasientene som vil dekke økningen i pris.

Dette forslaget ble også fremmet i evalueringen i 2006.

Vedlegg – norske maksimalavansesatser 1992 - 2009

Endringer i prisforskriftene - IK 31/92

- av de første 300 kr 20,0 %
- kr 15,- for forskjellen i prosentavanse på de første 300 kr
- enhetstillegg 4,50 kr pr. pakning

Nye avansesatser for reseptpliktige legemidler - IK 19/93

- av de første 300 kr 25,0 %
- av resten 20,0 %
- enhetstillegg 4,50 kr pr. pakning

Nye avansesatser for reseptpliktige legemidler - IK 33/94

- av de første 250 kr 20,0 %
- av de neste 250 kr 15,0 %
- av resten 10,0 %
- kronetillegg 5,- kr pr. pakning
- reseptgebyr 10,- kr pr. pakning
- tillegg for A-/B-preparater 10,- kr pr. pakning

Nye avansesatser for reseptpliktige legemidler gjeldende fra 1. september 1995 - IK 31/95

- av de første 200 kr 20,0 %
- av de neste 200 kr 13,0 %
- av resten 8,0 %
- kronetillegg 5,- kr pr. pakning
- reseptgebyr 10,- kr pr. pakning
- tillegg for A-/B-preparater 10,- kr pr. pakning

Nye avansesatser for reseptpliktige legemidler gjeldende fra 1. februar 1997 – IK 3/97

- av de første 200 kr 18,5 %
- av de neste 200 kr 11,5 %
- av resten 6,5 %
- kronetillegg 5,- kr pr. pakning
- reseptgebyr 10,- kr pr. pakning
- tillegg for A-/B-preparater 10,- kr pr. pakning

Nye avansesatser for reseptpliktige legemidler gjeldende fra 1. januar 1998 - IK 41/97

- av de første 200 kr 10,0 %
- av de neste 200 kr 8,0 %
- av resten 5,0 %
- kronetillegg 13,- kr pr. pakning
- reseptgebyr 10,- kr pr. pakning
- tillegg for A-/B-preparater 10,- kr pr. pakning

Nye avansesatser for reseptpliktige legemidler gjeldende fra 1. februar 1999 – IK 1/99

- av de første 200 kr 9,0 %
- av de neste 200 kr 7,0 %
- av resten 5,0 %
- kronetillegg 14,- kr pr. pakning
- reseptgebyr 10,- kr pr. pakning
- tillegg for A-/B-preparater 10,- kr pr. pakning

Nye avansesatser for reseptpliktige legemidler gjeldende fra 1. mars 2000 – IK 5/2000

- av de første 200 kr 8,0 %
- av de neste 200 kr 5,0 %
- av resten 5,0 %
- kronetillegg 24,- kr pr. pakning
- tillegg for A-/B-preparater 10,- kr pr. pakning

Nye avansesatser for reseptpliktige legemidler gjeldende fra 1. september 2000 – IK 14/2000

- av de første 200 kr 8,0 %
- av resten 5,0 %
- kronetillegg 22,- kr pr. pakning
- tillegg for A-/B-preparater 10,- kr pr. pakning

Nye avansesatser for reseptpliktige legemidler gjeldende fra 1. januar 2001 – IK 26/2000

- av de første 200 kr AIP 8,0 %
- av resten 5,0 %
- kronetillegg 21,50 kr pr. pakning
- tillegg for A-/B-preparater 10,- kr pr. pakning

Nye avansesatser for reseptpliktige legemidler gjeldende fra 1. januar 2009

- av de første 200 kr AIP 7,0 %
- av resten 4,0 %
- kronetillegg 22,00 kr pr. pakning
- tillegg for A-/B-preparater 10,- kr pr. pakning

www.legemiddelverket.no