

15. mai 2023

NOU 2023:2 Fremtidens apotek – fleksibelt og forsvarlig

Apotekforeningens hørings svar



Apotekforeningen

Innhold

1	Innledning	4
1.1	Like konkurransevilkår for alle apotekaktører	4
1.2	Apotekavansen og apotekenes økonomiske rammevilkår er mangelfullt utredet.....	5
1.3	Konkrete tiltak for at apotekene skal kunne spille en viktigere rolle i helsetjenesten	5
1.4	Mulige negative konsekvenser av forslag må utredes.....	6
1.5	Utvalget mener dagens apotekvesen fungerer godt.....	6
2	Markeds- og konkurransesituasjonen.....	7
2.1	Nettapotekenes markedsandel.....	7
2.2	Netthandel i andre bransjer	8
2.3	Like konkurransevilkår	8
2.4	Forsyningssikkerhet og legemiddelmangel.....	8
2.5	Vertikal integrasjon.....	9
2.6	Nye apotekformer	9
2.7	Pensjonsordning for apotek	9
2.8	FNs bærekraftsmål.....	9
2.9	Grossistenes leveringplikt	10
2.10	Fjerne krav om fysisk tilgjengelig publikumsløkkale i apotek.....	12
2.11	Utkontraktering	12
2.12	Differensiert forhandlingsplikt	13
2.13	Plikt til forsendelse ved salg av legemidler over internett	13
3	Apotekenes økonomiske rammevilkår	15
3.1	Legemiddelverkets avanseevaluering	15
3.2	Rapport fra Oslo Economics	16
3.3	Apotekavansen sammenliknet med andre land.....	17
3.4	Prisjustering av kronetillegget	18
3.5	Legemiddeldetaljistavgiften.....	19
3.6	Økte rapporteringsforpliktelser	21
3.7	Endringer i fraktrefusjonsordningen.....	21
3.8	Felles finansering av nødvendig infrastruktur.....	22
4	Apotekenes roller, oppgaver og fremtidig bruk av farmasøytisk kompetanse.....	23
4.1	Apotekene i dag.....	23
4.2	Rapport fra Vista Analyse	24
4.3	Helsetjenester i apotek.....	24
4.4	Vaksinasjon	26
4.5	Medisinstart og medisinsamtaler	27
4.6	Inhalasjonsveiledning	29
4.7	Multidose.....	29

4.8	Oppfølging av legens igangsatte behandling.....	29
4.9	Mer uavhengig forskning på etterlevelse av lovpålagte oppgaver og effekt av helsetjenester	30
4.10	Rapporteringskrav på kvalitetsindikatorer	31
4.11	Kompetansekrav til apoteker	31
4.12	Krav om etterutdanning for farmasøyter i apotek	32
5	Teknologisk utvikling i apotek og apotekenes samhandling.....	33
5.1	Tilgang til pasientens legemiddelliste	33
5.2	Etablering av helsefaglig dialogmelding mellom apotek og rekvirent.....	34
5.3	Digitale fullmakter for bestilling og kjøp av reseptpliktige legemidler fra nettapotek og fysiske apotek	34
5.4	Tilgang til Eik og forretningsløsninger	35
5.5	Pasientrettet informasjon om det enkelte legemidlets bruk.....	35
5.6	Oversikt over apoteks lagersaldo	36
5.7	Validering av teknologiske løsninger	36
6	Oppsummering.....	37

1 Innledning

Innledningsvis vil vi peke på noen forhold der vi mener utvalgets rapport mangler tilstrekkelig utredning som grunnlag for videre oppfølging, eller der vi mener viktige hensyn ikke er ivare tatt av utvalgets flertall. Disse er:

- Det må gjelde like konkurransevilkår for alle apotekaktører
- Apotekavansen og apotekenes økonomiske rammevilkår er mangelfullt utredet
- Vi savner konkrete tiltak for at apotekene skal kunne spille en enda viktigere rolle i helsetjenesten
- Mulige negative konsekvenser av forslag må utredes

Deretter vil vi kommentere utvalgets forslag fordelt på de fire hovedtemaer som er presentert på side 20 i utredningen. Vi presenterer også konkrete tiltak som ikke er drøftet av utvalget, som vi ber departementet ta med seg i det videre arbeidet med rammebetingelser for fremtidens apotek.

1.1 Like konkurransevilkår for alle apotekaktører

Dagens regulering gjør det mulig for alle som ønsker å etablere apotek og grossister i dag. Den høye etableringstakten vi har sett siden dereguleringen av apotekbransjen etter år 2000, er en konsekvens av sterk konkurranse i apotekmarkedet. En stor del av nyetableringene de siste ti år er skjedd av andre enn de store apotekkjedene. Vi oppfatter at Apoteklovutvalget i all hovedsak mener dagens apoteksystem fungerer godt. Dagens apoteksystem bidrar i stor grad til at de legemiddelpolitiske målene blir nådd, og at apoteklovens formål blir oppfylt.

Vi oppfatter at utvalget har tolket mandatet slik at det er nettapotekenes markedsandel som skal økes. Utvalget trekker fram at nettapotekene i Norge har lavere markedsandel enn andre bransjer og lavere markedsandel enn nettapotek i andre land, uten at utvalget har vurdert om de konkrete markedsandelene gir et godt uttrykk for reelle forskjeller på bruk av nettapotek i Norge og Sverige og uten å forklare årsakene til eventuelle forskjeller.

Vi mener

- at flere av utvalgets forslag innebærer en forskjellsbehandling av apotekaktørene, der det legges opp til at nettapotek kan få fordeler bl.a. gjennom mulighet for etablering av grossistvirksomhet uten leveringsplikt til andre apotek.
- alle aktører i apotekmarkedet må underlegges de samme krav fra myndighetene.

Dette sikrer at alle tar det nødvendige samfunnsansvaret, og det sikrer god og sunn konkurranse på like vilkår. Summen av utvalgets forslag, der hensikten er å øke konkurransen og å fremme nettapotekenes posisjon, kan føre til at konkurransen i apotekmarkedet svekkes.

I Norge er det i dag tre store apotekkjeder med hver sin fullsortimentsgrossist. Dersom rammevilkårene for disse svekkes, vil resultatet kunne bli mindre konkurranse i strid med utvalgets intensjoner.

1.2 Apotekavansen og apotekenes økonomiske rammevilkår er mangelfullt utredet

Mesteparten av avanseinntektene på apotekenes kjernevirksomhet, salg av reseptpliktige legemidler, består av faste kronetillegg. Uten prisjustering av disse kronetilleggene synker realverdien, og dette er særlig alvorlig nå når vi opplever høy prisstigning og lønnsvekst i Norge. Siden det er en direkte kobling mellom realverdien av avansene og apotekenes økonomiske kapasitet og insentiver til å utvikle tilgjengelighet og veiledning for pasientene, vil et kronetillegg som ligger fast over lengre perioder åpenbart svekke apotektilbudet. Selv om halve utvalget ber myndighetene vurdere hvilken form for prisjustering som best egner seg for å ivareta apoteklovens formål, mener vi at utredningen er mangelfull på spørsmålet om apotekavansen og apotekenes økonomiske rammevilkår.

Et samlet utvalg slår fast at det er en nødvendig forutsetning for at apotek i fremtiden i større grad skal innlemmes i helsetjenesten, at apotek har tilstrekkelige ressurser og faglig kompetanse. Manglende prisjustering og synkende realverdi av apotekenes avanse begrenser apotekenes mulighet for å spille en viktig rolle i helsetjenesten.

Vi mener

- det er en vesentlig mangel med utredningen at spørsmålet om prisjustering av apotekavansen ikke er vurdert.

1.3 Konkrete tiltak for at apotekene skal kunne spille en viktigere rolle i helsetjenesten

Et stort flertall i utvalget mener at pasientene og helsetjenesten kan få større utbytte av apotekenes potensial som del av førstelinjen. Flertallet peker bl.a. på at apotek bør benyttes mer aktivt for å øke vaksinasjonsgraden i befolkningen. Videre peker flertallet på at insentiver, strukturer og systemer skal bidra til at samfunnet og legemiddelbrukeren får større nytte av apotekfarmasøytene legemiddelkompetanse.

Apotekene har i dag mer enn 7 000 helsepersonell, de fleste farmasøyter, spredt på mer enn 1 000 apotek i hele landet. Apotek er tilgjengelig for befolkningen uten timebestilling, og med åpningstider tilpasset brukernes behov.

I lys av den pågående fastlegekrisen og det faktum at befolkningen vil bli stadig eldre i tiårene som kommer, er det svært uheldig at utredningen ikke har vurdert konkrete forslag til hvordan helsepersonell i apotek kan frigjøre ressurser i den øvrige helsetjeneste og sikre at befolkningen gis et best mulig helsetilbud i den enkeltes lokalmiljø i fremtiden.

Vi mener

- utvalget burde vurdert konkrete forslag til hvordan helsepersonell i apotek kan frigjøre ressurser i øvrig helsetjeneste og sikre befolkningen et best mulig helsetilbud.

1.4 Mulige negative konsekvenser av forslag må utredes

Flere av utredningens forslag har uklare formål, og konsekvensene ved å gjennomføre tiltakene er mangelfullt utredet.

En av de største utfordringer i legemiddelpolitikken for tiden er legemiddelberedskap og pasientsikkerhet. Over hele verden, også i Norge, har det de siste årene vært en stor økning i legemiddelmangel og utfordringer med forsyningssikkerhet.

Vi mener

- formålet med tiltakene som foreslås må være tydelige.
- det må utredes nærmere om eventuell innføring av tiltak kan få utilsiktede og negative konsekvenser, herunder forsyningssikkerhet og riktig legemiddelbruk.

1.5 Utvalget mener dagens apotekvesen fungerer godt

Det er viktig og nyttig å få denne brede gjennomgangen av apoteksektoren, og få nye innspill til hvordan fremtidens apotek kan innrettes.

Vi oppfatter at Apoteklovutvalget i all hovedsak mener dagens apotekvesen fungerer godt. Dagens apoteksystem bidrar i stor grad til at de legemiddelpolitiske målene blir nådd, og at apoteklovens formål blir oppfylt. Utvalget sier apotekene medvirker til riktig legemiddelbruk gjennom kontroll av rekvirering, samhandling med helsetjeneste lokalt, informasjons- og veiledningsplikt overfor helsetjeneste, befolkning og pasienter samt ivaretagelse av etterspørsel av varer og tjenester for egenomsorg. Alle oppgavene forutsetter både høy kompetanse og tilstrekkelig kapasitet i apoteket. Dette er synspunkter Apotekforeningen deler.

Utvalgets overordnede formål har vært å utrede hvordan det fremtidige apotekregelverket skal innrettes, samtidig som de helsepolitiske målsettingene ivaretas.

Apotekforeningens forståelse av utredningen og utvalgets anbefalinger, er at hovedprinsippene i apotekloven og annen apotek- og legemiddellovgivning bør ligge fast. Apotekforeningen slutter seg til dette.

2 Markeds- og konkurransesituasjonen

Apotekmarkedet består i dag av tre store kjeder, sykehusapotek og en rekke uavhengige apotek. Kjedeapotekene er i stor grad eid av kjedene selv, men det er også en økende andel kjedeapotek som er helt eller delvis eid av andre. NMD, som eier apotekkjeden Vitusapotek, har også et eget konsept for uavhengige apotek; «Ditt Apotek». I tillegg er det et tjuetalls apotek som står utenfor kjedesamarbeid, og som driver både tradisjonelle fysiske apotek og nettapotek. Det er et stort mangfold av apotekdrift i Norge, og at det er hard konkurranse om apotekkundene.

Vi er enig i at konkurranse i apotekmarkedet er viktig, av hensyn både til forbrukeren og staten, som betaler det meste av pasientenes legemiddelutgifter. I tillegg til sterk konkurranse mellom apotek, opplever apotekene også sterk konkurranse fra andre aktører i handelsvaresegmentet, medisinsk utstyr og for de mest solgte reseptfrie legemidler.

2.1 Nettapotekenes markedsandel

Vi oppfatter at utvalget har tolket mandatet slik at det er nettapotekenes markedsandel som skal økes. Utvalget trekker fram at nettapotekene i Norge har lavere markedsandel enn andre bransjer og lavere markedsandel enn nettapotek i andre land. Sverige blir trukket fram som et land med større andel netthandel enn Norge.

Utredningen beskriver ikke forhold som kan forklare nettapotekenes ulike markedsandeler i Norge og Sverige. Følgende forhold bidrar til å forklare lavere markedsandel for nettapotek i Norge sammenliknet med Sverige:

- Sverige åpnet for nettapotek mye tidligere enn Norge, og har dermed et mer modent marked.
- Svenske myndigheter har ikke stilt samme krav til forsendelse av legemidler som norske myndigheter (det svenske Läkemedelsverket har nå foreslått strengere krav til sikkerhet og kvalitet for nettapotek)
- Svenske nettapotek selger i betydelig grad varer som ikke er tradisjonelle apotekvarer og som ikke selges i norske nettapotek
- Apotekdekningen er bedre i Norge enn i Sverige (ca. 7400 innbyggere pr apotek i Sverige vs. i overkant av 5000 innbyggere pr apotek i Norge). I Norge er det også 760 medisinutsalg og i tillegg etablerte systemer for leveranser fra lokale apotek til innbyggere med lengre avstand til fysisk apotek
- Norske apotek selger sykehuslegemidler, noe svenske apotek ikke gjør. Sykehuslegemidler omsettes for i størrelsesorden 10 mrd. kroner, hvilket utgjør ca. 1/5 av norske apoteks omsetning. Det betyr at omsetningen som netthandelen prosentueres mot er minst 10 mrd. høyere i Norge enn i Sverige, alt annet likt. Netthandelsprosenten blir følgelig lavere i Norge. Dersom man skal sammenlikne prosenter, bør sykehuslegemidler holdes utenfor når man regner netthandelsandel i Norge.

2.2 Netthandel i andre bransjer

Det er heller ikke overraskende at nettapotekene i Norge har lavere markedsandel enn andre bransjer. Unge handler langt mer på nett enn eldre, mens hovedvekten av kundegruppen i apotek er eldre mennesker.

Lavere nettandel for apotek enn andre bransjer skyldes også at myndighetene fram til 2016 ikke tillot nettsalg av reseptpliktige legemidler. Vi har de siste årene sett en sterkere vekst i apotekenes netthandel enn i andre bransjer, men det tar tid før befolkningen innarbeider nye vaner.

2.3 Like konkurransevilkår

Dersom myndighetene ønsker reguleringer som ytterligere kan stimulere til konkurransen, er det viktig at denne konkurransen skjer på like vilkår for alle aktører i apotekmarkedet. Norge har i dag flere store legemiddelgrossister enn våre naboland, og konkurransen er sterk.

Utvalgets flertall har foreslått tiltak som rokker ved likebehandlingsprinsippet, og som kan gi nye aktører urimelige konkurransefordeler. Dette gjelder særlig forslaget om å fjerne kravet om at nye legemiddelgrossister skal ha leveringsplikt til alle apotek, jf. punkt 2.9. Nye apotek- og grossistaktører vil sannsynligvis være store industrielle og kommersielle aktører.

Vi mener:

- det vil være urimelig å gi noen aktører konkurransefordeler fremfor etablerte aktørene.

2.4 Forsyningssikkerhet og legemiddelmangel

Utvalget har i svært liten grad vurdert mulige negative konsekvenser for forsyningssikkerheten for legemidler som kan følge av ulike konkurransevilkår. Legemiddelmangel har blitt et betydelig problem, og det er en svakhet at utvalget ikke vurderer om deres forslag risikerer å øke dette problemet ytterligere.

Dagens vertikalt integrerte grossister har som hovedoppgave å forsyne apotekene i Norge med legemidler og andre apotekvarer. Apotekene benytter primært sin hovedgrossist, enten apoteket har samme eier eller det foreligger et avtaleforhold mellom apotek og grossist. Samtidig har apotekene rett til å kjøpe legemidler fra de to andre grossistene. For apotekbransjen er det avgjørende å beholde et system som både gir grossistene leveringsplikt og insentiver til forsyningssikkerhet.

Vi mener:

- flere av utvalgets forslag kan svekke forsyningssikkerheten. Dette må utredes nærmere før eventuelle tiltak gjennomføres.

2.5 Vertikal integrasjon

Utvalget konkluderer med at dagens regler for vertikal integrasjon videreføres, og at vertikal disintegrasjon vil svekke flere av de positive effektene av dagens organisering, bl.a. stordriftsfordeler, et veletablert distribusjonsnett og stabile eiere.

Vi mener

- denne konklusjonen er riktig.

2.6 Nye apotekformer

Bakgrunnen for å nedsette Apoteklovutvalget var bl.a. behovet for å vurdere om lovgivningen i tilstrekkelig grad legger til rette for nye apotekformer, primært nettapotek.

Utvalgets flertall har foreslått å videreføre begrensninger i nettapoteks forsendelsesplikt. Sammen med forslaget om å fjerne kravet til at apotek skal være fysisk tilgjengelig for publikum, innebærer dette at prinsippet om fullsortimentsapotek uthules. Utvalget foreslår videre å fjerne kravet om at hele apotekets kjernevirksomhet skal foregå i apotekets hovedlokale.

Vi mener

- disse forslagene i seg selv ikke vil rokke vesentlig ved dagens apotektilbud, men kan virke konkurransevridende i favør av de nye apotekformene, dersom unntak fra forsendelsesplikt for nettapotek ikke praktiseres restriktivt.

Det er vanskelig å se at utvalgets forslag vil åpne for helt nye apotekformer. Siden utvalget mener at dagens apoteksystem i all hovedsak fungerer godt, er ikke dette overraskende.

2.7 Pensjonsordning for apotek

Det gjelder i dag en lovfestet pensjonsordning for apotek, jf. lov 26. juni 1953 nr. 11 om pensjonsordning for apotekvirksomhet mv.

Utvalget har ikke vurdert hvordan denne ordningen berøres av tiltaksforslagene.

2.8 FNs bærekraftsmål

Apotekene tar i dag betydelige grep knyttet til bærekraft, eksempelvis ved returordningen for ubrukte legemidler. Andre tiltak er kjedeinitierte som, som økende bruk av utslippsfri transport/distribusjon, kildesortering og gjenvinning, redusert plastbruk, mål om lavere energibruk ved f.eks. LED-lys og varmpumper. Dette er videre et arbeid som er forventet å øke i omfang og viktighet i årene fremover. Apotekforeningen savner at Apoteklovutvalget drøfter apotekenes rolle når det gjelder FNs bærekraftsmål, særlig knyttet til miljø.

Vi vil i det følgende kommentere de konkrete forslagene til utvalgets flertall relatert til markeds- og konkurransesituasjonen:

2.9 Grossistenes leveringsplikt

Et samlet utvalg foreslår å videreføre gjeldende regler om grossisters leveringsplikt. Utvalget vurderer leveringsplikten som avgjørende for å sikre befolkningen god, rask og likeverdig tilgjengelighet til legemidler i hele landet i overensstemmelse med apoteklovens formål og de legemiddelpolitiske målene.

Et flertall på åtte foreslår imidlertid at det skal kunne gjøres unntak fra denne plikten:

Hovedregelen bør fortsatt være at alle grossister som leverer til apotek, har leveringsplikt til alle landets apotek. Det skal imidlertid være adgang til å gjøre unntak for grossister som kun er etablert for å levere direkte til kunden, til eget apotek eller til en gruppe frittstående apotek.

Flertallet mener en unntakshjemmel kan gjøre det enklere å etablere ny konkurrerende grossistvirksomhet, samtidig som det fortsatt vil være lik tilgang til legemidler i hele landet gjennom de vertikalt integrerte grossistenes plikt til å levere til alle landets apotek.

Et mindretall i utvalget på seks medlemmer mener at leveringsplikten til alle apotek er et helt sentralt virkemiddel for å sikre pasientene god tilgang til legemidler, uavhengig av hvor de bor. Mindretallet støtter ikke forslaget om unntak fra leveringsplikten, og er redd for at det kan svekke forsyningssikkerheten og de legemiddelpolitiske målene.

Vi mener

- det i dag er et velfungerende grossistsystem, med tre konkurrerende grossister. Leveringsplikten sikrer alle apotek lik tilgang til legemidler, uavhengig av geografi og ev. kjedetilhørighet.
- flertallets forslag om at det skal kunne gjøres unntak fra grossistenes leveringsplikt vil true forsyningssikkerheten.

Med flertallets forslag åpnes det for at eksempelvis én enkelt legemiddelprodusent eksklusivt kan levere til én enkelt apotekaktør, uten leveringsplikt til andre apotek. Det eksisterer ikke lenger et fullsortimentskrav for legemiddelgrossister som leverer til apotek, og vi har allerede i dag enkelteksampler på leverandører som ikke leverer legemidler til alle grossistene. Flertallets forslag vil kunne bety at færre grossister og apotek har enkeltlegemiddel på lager. Dette vil kunne forsterke mangelsituasjoner, og gi ulik tilgang til legemidler i befolkningen basert på geografi og digital kompetanse.

Vi mener

- likebehandling er et viktig prinsipp i dagens system, som sikrer at grossistene konkurrerer på like vilkår. Dersom det åpnes for unntak fra leveringsplikten, åpnes det også for tilpasninger og spill for å utnytte den nye innretningen mest mulig. Dette vil kunne undergrave dagens godt fungerende grossistsystem.

En nisjegrossist som spesialisere seg på de mest økonomisk lukrative produktene, vil spise av inntektsgrunnlaget til de tre eksisterende grossistene. Grossistene vil kunne vurdere å ikke ha ulønnsomme produkter i deres sortiment dersom inntektsgrunnlaget forsvinner. Dette vil kunne få konsekvenser for legemiddelforsyningen eller det legemiddelpolitiske målet om lavest mulig priser. Dermed risikerer vi at utvalgets forslag oppnår det motsatte av intensjonen.

Apotekforeningen oppfatter at forslaget er ment å gjøre det enklere å etablere grossister i tilknytning til nettapotek, enten gjennom vertikalt integrerte grossister eller ved å benytte legemiddelleverandører som grossist. Vi mener det er feil at myndighetene skal gi særfordeler til noen markedsaktører.

Fysiske apotek og nettapotek har ulike konkurransefortrinn, og det er uheldig at myndighetene skal påvirke dette. Det er ikke rasjonelt å motvirke de stordriftsfordeler apotekkjedene har med hensyn til effektiv drift ved å gi lettelser i myndighetskrav til nye aktører.

Apotekforeningen merker seg at utvalget har vært oppmerksom på at differensiert leveringsplikt kan føre til at et stort nettapotek kan ha egen grossist som bare fører de varene som er lønnsomme, uten leveringsplikt til andre, og få levert alle ulønnsomme varer fra en konkurrerende aktør. Motsetningsvis kan det være spørsmål om en mindre kjede med egen grossist får leveringsplikt til alle apotek.

Utvalgets flertall uttaler imidlertid at de ikke har grunnlag for å anta at slike situasjoner vil oppstå. Vi mener det er åpenbart at differensiert leveringsplikt vil medføre at nye grossistaktører vil konsentrere seg om å forhandle lønnsomme produkter, og overlate øvrig sortiment til grossister med leveringsplikt. Manglende vurdering av et slikt scenario viser at forslaget er mangelfullt utredet.

Utvalgets flertall har ikke presisert hvor omfattende et unntak for grossistenes leveringsplikt skal være, hvilke kriterier som skal gjelde for at en grossist skal få unntak fra hovedregelen om leveringsplikt, og hvor lenge et slikt unntak eventuelt skal gjelde. Flertallet peker på at det kan være krevende å fastsette terskelen for når grossister skal ha leveringsplikt til alle landets apotek, og viser til at den nærmere utformingen må fastsettes i forskrift med hjemmel i legemiddeloven § 14.

Apotekforeningen mener at de uheldige sidene ved et unntak vil være større desto mer vidtrekkende unntaksbestemmelsen blir utformet. På den annen side vil en snever unntaksbestemmelse neppe gi insentiver til opprettelse av nye grossister, slik utvalgets flertall ønsker. Apotekforeningen kan ikke se at det er mulig å utforme et regelverk som åpner for differensiert leveringsplikt og gir insentiver til etablering av nye grossister, uten at dette innebærer ulike konkurransevilkår og svekket leveringssikkerhet.

Vi mener

- alle legemiddelgrossister som leverer til apotek må være underlagt de samme krav og rammevilkår, og mener derfor at forslaget om unntak fra leveringsplikten ikke kan støttes.

2.10 Fjerne krav om fysisk tilgjengelig publikumslokale i apotek

Et enstemmig utvalg foreslår å fjerne apoteklovens krav om at apotek skal være fysisk tilgjengelig for publikum. Utvalget foreslår å videreføre gjeldende praksis om at apotek bare skal ha ett fysisk utsalgssted.

Apotekforeningen registrerer at det i dag er etablert nettapotek med publikumslokale med beliggenhet som i praksis gjør at det fysiske lokalet ikke blir benyttet.

Apotekforeningen er positiv til utvalgets forslag, og til at et nettapotek ikke lenger behøver å ha et fysisk utsalgssted. Myndighetene må imidlertid være oppmerksom på at dette forslaget, kombinert med begrensningene i nettapotekenes forsendelsesplikt, gjør at apotekene ikke kan finansiere salget av reseptpliktige legemidler med inntekter fra handelsvarer og reseptfrie legemidler.

Vi utdyper dette under forslaget om begrensninger i nettapotekenes forsendelsesplikt. Vi forutsetter at det for nettapotek skal være et krav om at apoteklokalene må være i Norge, og dermed tilgjengelige for inspeksjon av myndighetene.

2.11 Utkontraktering

Et flertall i utvalget på åtte foreslår at deler av apotekets oppgaver skal kunne utkontrakteres. Flertallet er delt, en del mener det avgjørende må være at utkontraktering er forsvarlig sett i lys av apotekregelverket, apoteklovens formål og de legemiddelpolitiske målene. En annen del mener at oppgaver som lagerhold, plukking, pakking og forsendelse av legemidler skal kunne utkontrakteres til andre aktører, mens apotekenes kjerneoppgaver som reseptekspedisjon, herunder farmasøytikkontroll, samt veiledning om riktig legemiddelbruk ikke skal kunne utkontrakteres.

Et mindretall på seks støtter ikke en generell adgang til utkontraktering av oppgaver, selv om disse oppgavene er utenfor det som regnes som apotekets kjerneoppgaver, og mener at utkontraktering kan innebære en økt risiko for feil i legemiddelhåndteringen med fare for stor skade på pasient og bruker.

Apotekforeningen er bekymret for at forslaget vanner ut apotekerens og apotekets helhetlige ansvar, og mener en eventuell endring i dagens praksis må utredes bedre.

Vi har merket oss at utvalgets forslag til ny § 5-9 i apotekloven avgrenser retten til utkontraktering mot farmasøytikkontroll, reseptekspedisjon og veiledning om riktig legemiddelbruk, og vi støtter at disse oppgavene er kjerneoppgaver og må utføres av apotekets personale. Slik Apotekforeningen forstår forslaget er det i praksis en videreføring av dagens forvaltningspraksis, men med mulighet for utkontraktering av lagerhold, plukk og pakk også for reseptpliktige legemidler.

Vi mener

- formålet med flertallets forslag og hvilke fordeler og eventuelle ulemper forslaget kan få, eksempelvis om hvorvidt forslaget kan utfordre apotekteknikerens viktige rolle i dagens apoteksystem må beskrives og tydeliggjøres.
- utkontraktering av plukk og pakk ikke er gjennomførbart samtidig som kravene i forfalskningsdirektivet skal ivaretas.

2.12 Differensiert forhandlingsplikt

Et flertall i utvalget på åtte foreslår at det kan gjøres unntak fra forhandlingsplikten slik at det kan opprettes spesialapotek. Flertallet peker på at det bør kunne etableres apotek som spesialiserer seg på legemidler til dyr, og begrense forhandlingsplikten til veterinære legemidler. Samtidig er det ikke et flertall i utvalget som ønsker å åpne for spesialapotek som bare har leveringplikt for varer knyttet til fag- og behandlingsområder, som for eksempel diabetes. Flertallets forslag til lovendring gir ingen klare rammer for hvordan unntaksbestemmelsen skal praktiseres.

Mindretallet på seks mener at forhandlingsplikten for alle apotek er et helt sentralt virkemiddel for å sikre pasientene god tilgang til legemidler, uavhengig av hvor de bor, og støtter ikke forslaget om unntak fra forhandlingsplikten, og er redd for at det kan svekke forsyningsikkerheten og de legemiddelpolitiske målene. Mindretallet mener at apotekbegrepet ikke bør svekkes, og at det skal være tydelig for publikum at alle apotek har plikt til å levere alle typer legemidler.

Det finnes allerede spesialiserte apotek for f.eks. veterinærmedisin. Utvalgets flertall har ikke andre eksempler på spesialapotek enn veterinærapotek når det diskuterer differensiert forhandlingsplikt.

Vi mener

- det ikke er ønskelig med apotek som spesialiserer seg på utvalgte sykdommer, kundegrupper eller humane legemidler
- En eventuell unntakshjemmel må ikke være videre enn formålet med hjemmelen.
- departementets mulighet til å gi unntak fra forhandlingsplikten må utredes videre, og det må eventuelt spesifiseres hvilke typer spesialapotek det åpnes opp for.

Det bør videre utredes om eventuelle spesialapotek med begrenset forhandlingsplikt skal ha en rett til å forhandle øvrige varer, eller om dette vil kunne åpne for at de aktuelle apotekene kan velge å forhandle lønnsomme varer og velge bort mindre lønnsomme varer.

2.13 Plikt til forsendelse ved salg av legemidler over internett

Et flertall på ni i utvalget foreslår at begrensninger i nettapotekenes forsendelsesplikt bør bestemmes ut fra hva som anses nødvendig for å ivareta faglig forsvarlighet.

Apotekforeningen forstår flertallets forslag slik at det er en videreføring av dagens regelverk. Forskjellen fra gjeldende rett er at alle apotek i dag skal ha et fysisk utsalgssted, og dermed i prinsippet har forhandlingsplikt for alle legemidler. I dag er det åpnet for at et (fysisk) apotek kan drive nettapotek kun med handelsvarer og/eller reseptfrie legemidler. Når kravet til fysisk apotek bortfaller er det viktig at alle nettapotek også må selge legemidler, herunder reseptpliktige legemidler, for ikke å uthule begrepet apotek.

Det må vurderes hvordan befolkningen i distriktene skal få tilgang til legemidler som ikke sendes fra nettapotek med vesentlig økt markedsandel for nettapotek og dermed færre fysiske apotek. Nettapotekenes andel har økt de siste årene. Det er sannsynlig at denne utviklingen fortsetter. Vi oppfatter at utvalget mener at de foreslåtte tiltakene vil forsterke denne utviklingen. Dette vil føre til færre fysiske apotek, også i distriktene.

Når det legges opp til at det kan drives rene nettapotek som ikke har forhandlingsplikt for alle reseptpliktige legemidler, kan det ikke føres en politikk der det legges til grunn at apotekene skal finansiere salget av reseptpliktige legemidler med inntekter fra handelsvarer og reseptfrie legemidler.

Vi mener

- en slik politikk der apotekene skal finansiere salget av reseptpliktige legemidler med inntekter fra handelsvarer og reseptfrie legemidler vil svekke konkurranseevnen til fysiske apotek og svekke dagens gode apotektilbud i hele landet.

3 Apotekenes økonomiske rammevilkår

Apotekenes bruttoavanse (omsetning minus varekostnad) er apotekenes økonomiske kapasitet til å tilby apotek tjenester. Denne avansen benyttes til å dekke kostnader til lønn, husleie, utvikling av nye teknologiske løsninger etc.

I en rapport¹ Vista Analyse har skrevet på oppdrag fra Apotekforeningen, skriver de:

«Regulering av avansen påvirker apotekdekningen og dermed tilgjengelighet og tidsbruk for pasientene, den påvirker apotekenes informasjons- og veiledningsinnsats og insentivene til å utvikle andre helse relaterte tjenester. Avansens betydning for apotekenes insentiver gjør det ønskelig med økt vekt på kronetillegg fremfor pst.-baserte avansesatser. Siden det er en direkte kobling mellom realverdien av avansene og apotekenes økonomiske kapasitet til å utvikle tilgjengelighet og veiledning for pasientene, vil et nominelt kronetillegg som ligger fast over lengre perioder isolert sett svekke apotektilbudet.»

I samme rapport skriver Vista at «... brutto samfunnsnytte av apotekene i 2021 ligger på minst 24 mrd. kroner, men er sannsynligvis langt høyere».

Myndighetene påvirker apotekenes avanse, enten direkte eller indirekte ved å fastsette maksimale refusjonspriser, for store deler av apotekenes omsetning. Myndighetenes regulering er derfor svært avgjørende for apotekenes rammevilkår.

Mer enn 2/3 av apotekenes omsetning er reseptpliktige legemidler. Her fastsetter myndighetene apotekenes maksimale avanse². I tillegg har apotekene avanse utover den regulerte maksimalavansen, særlig innenfor trinnprisområdet. Nærmere 2/3 av apotekenes samlede avanse ved salg av reseptpliktige legemidler kommer fra faste kronetillegg som ikke prisjusteres. Utfordringen med manglende prisjustering har økt de siste årene fordi det er gjennomført endringer i avansemodellen som har redusert prosentavansen og økt kronetillegget tilsvarende, og fordi pris- og lønnsveksten i samfunnet har økt betydelig de siste årene.

I tillegg til dette regulerer myndighetene maksimal refusjonspris, og begrenser dermed apotekenes avanse, for reseptfrie legemidler, medisinsk forbruksmateriell og næringsmidler som refunderes på blå resept. Myndighetenes regulering omfatter dermed om lag 3/4 av apotekenes omsetning.

3.1 Legemiddelverkets avanseevaluering

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet evaluerte Statens legemiddelverk apotekavansen i 2020. Som et innspill til dette evalueringsarbeidet utarbeidet Apotekforeningen en rapport³ med grunnlag i salgsdata fra apotek i perioden 2016 til 2019.

¹ Foreløpig upublisert

² For reseptpliktige legemidler med MT er avansen 2 pst. av AIP og 29 kroner. For vanedannende legemidler er det et tillegg på 19 kroner og for kjølevarer et tillegg på 0,5 pst av AIP. Det gjelder andre avansesatser for legemidler uten MT. Apotekavansen skal også dekke legemiddeldetaljistavgiften som er på 0,3 pst av AIP.

³ Se Apotekforeningens rapport om apotekenes avanse på reseptlegemidler fra september 2020

http://www.apotek.no/Files/Filer_2014/Apotekbransjen/Rapporter/Avanserapport%20september%202020.pdf

Rapporten viser at antallet legemiddelpakninger som apotekene ekspederer øker, men at apotekenes avanse for en pakning av reseptlegemidler har gått kraftig ned fra 2016 til 2019. Målt i faste 2019-kroner var nedgangen på 7,1 prosent.

Dersom det utelukkende sees på trinnprisområdet har også apotekenes avanse blitt redusert. Det skyldes primært at både apotekenes og grossistenes andel av trinnprisomsetningen blitt redusert, mens leverandørens andel har økt. Samtidig blir ikke trinnprisene justert, selv om legemidlet har vært lenge i trinnprissystemet. Dette innebærer at realprisen synker. Over tid er dette ikke bærekraftig. Svenske myndigheter synes å ha erkjent dette, og har varslet⁴ økte takpriser for 648 pakningsstørrelsesgrupper i «periodens vare»-systemet. Antall varenumre som får økt pris er i første omgang 1648. I Tyskland vurderes nå prisøkninger, i erkjennelsen av at for lave priser gir legemiddelmangel fordi lønnsomheten blir borte⁵.

For medisinsk forbruksmateriell og næringsmidler som er finansiert av folketrygden har det vært en sterk vekst i antall pakninger, og en betydelig reduksjon i apotekenes avanse pr. pakke.

Rapporten så også på omsetning og avanse for varer der myndighetene ikke regulerer pris eller avanse. For «kommersielle» handelsvarer var det en liten vekst i omsetning og avanse, men langt lavere enn før 2016. For reseptfrie legemidler var det en liten nedgang i antall solgte pakninger, og en liten økning i omsetning og avanse.

Under pandemien har apotek opplevd omsetningsøkning. Apotek har hatt inntekter fra salg av bl.a. munnbind, hånddesinfeksjon og covid-19-tester. Samtidig har det i disse årene vært liten konkurranse fra grensehandel, og i perioder har all annen handelsnæring unntatt dagligvare vært stengt. Omsetningsøkningen i disse årene kan derfor ikke forventes å være varig.

Apotekforeningens rapport dokumenterer at apotekenes kostnader har økt. For å kunne utlevere vesentlig flere reseptpakninger og utføre nye, myndighetspålagte oppgaver, har apotekene i perioden 2016 – 2022 økt antall årsverk med seks prosent. Det er en betydelig vekst i antall farmasøyter og en mindre nedgang i antall apoteketeknikere, slik at kostnadsveksten er større enn veksten i antall årsverk isolert skulle tilsi. I tillegg kommer alminnelig lønnsvekst. Personalkostnader utgjør ca. 2/3 av apotekenes kostnader, ifølge Legemiddelverkets innsamlede regnskapsdata fra private apotek med fullt driftsår.

De viktigste andre kostnadene er husleie og IT-kostnader. Husleie er som regel indeksregulert, mens IT-kostnadene har hatt en kraftig vekst. Apotekene opplever også økte kostnader til svinn og ukurans. Det skyldes to forhold: At flere legemidler anbudsutsettes og anbudstapere blir ukurante. Økte beredskapslagre gir også kortere holdbarhet på legemidler i apoteket.

3.2 Rapport fra Oslo Economics

Apotek er en av mange private helseaktører som i stor grad finansieres av det offentlige blant annet gjennom blåresept- og H-reseptordningene. For apotekenes del regulerer

⁴ <https://www.tlv.se/press/nyheter/arkiv/2023-04-12-tlv-har-beslutat-om-hojning-av-takpriser.html>

⁵ <https://www.dw.com/en/health-ministry-confronts-germanys-dire-medicine-shortage/a-64733080>

myndighetene store deler av øvrige inntekter gjennom regulerte avanser som også gjelder for hvitreseptter.

På oppdrag fra Apotekforeningen har Oslo Economics utarbeidet et notat⁶ som oppsummerer rammene for forhandling og justering av offentlig finansiering for utvalgte private aktører i helsesektoren. Det er variasjon mellom de ulike aktørene med hensyn til om prisjustering blir fastsatt ensidig av staten eller etter forhandlinger med partene. For fastleger, avtalespesialister, fysioterapeuter og psykologer med driftsavtale gjennomføres det årlige forhandlinger. Rammekravet i forhandlingene skal sikre kostnadsdekning og inntektsøkning. Kravet til kostnadsdekning beregnes gjennom en kostnadsmodell hvor de største utgiftspostene tilegnes en hensiktsmessig indeks. Kostnadsdekningen beregnes deretter som et vektet gjennomsnitt av de ulike indeksene. For privat laboratorie- og røntgenvirksomhet og tannhelsetjeneste er det derimot ingen forhandling og rammen fastsettes ensidig av staten. Takstene justeres som regel årlig i henhold til Stortingets budsjettvedtak. Vi er ikke kjent med andre private helseaktører enn apotek som ikke på en eller annen måte får prisjustert sine takster.

En ordning der apotekenes avanse fra størstedelen av omsetningen ikke blir indeksregulert samtidig som apotek opplever økte kostnader er ikke bærekraftig over tid.

3.3 Apotekavansen sammenliknet med andre land

Apoteklovutvalgets utredning inneholder ingen sammenlikning av norske apotekavanser med andre land. Legemiddelmyndighetene i de nordiske landene fastsetter apotekenes maksimale avanser på reseptpliktige legemidler med markedsføringstillatelse. De regulerte apotekavansene er for alle landene i hovedsak basert på et prosentpåslag på innkjøpspris og et fast kronetillegg.

Det er vanskelig å sammenlikne apotekenes maksimalavanser på reseptpliktige legemidler i de nordiske land fordi apotek er organisert og regulert ulikt i landene og kostnadsnivået er forskjellig. I tillegg er det store forskjeller med hensyn til avgifter og tilskudd, og avanseinntekter fra annet salg enn reseptpliktige legemidler.

Reguleringen av hele apoteksektoren og apotekavansen spesielt har store likhetstrekk i Norge og Sverige, mens det er store forskjeller til Finland og Danmark:

- Finske apotek har vesentlig høyere avanse enn de andre nordiske landene, men betaler også betydelig høyere avgifter, som er forutsatt dekket av avansen.
- I Danmark gjennomføres forhandlinger og inngås avtale om apotekenes rammevilkår mellom myndighetene og apotekbransjen. I avtalen er det angitt både forventninger og forpliktelser knyttet til de fremforhandlede rammevilkårene gjennom avansen. Danske apotek betaler også betydelige avgifter til myndighetene, men får samtidig store tilskudd tilbake i form av tilskudd til apotek.

I Norge vurderes og fastsettes apotekavansen ensidig av staten ut fra uklare kriterier.

⁶ Oslo Economics-notat på Apotekforeningens nettside:
https://www.apotek.no/Files/Filer_2014/Rapporter/Oslo%20economics%20-%20Offentlig%20finansiering%20av%20private%20akt%C3%B8rer%20i%20helsetjenesten.pdf

Vi har sammenliknet regulert apotekavanse mellom Sverige og Norge. Trinnprismarkedet er holdt utenfor. Innenfor dette markedet har apotek i Norge meravanse utover regulert avanse, mens apotek i Sverige har et ekstra avansetillegg. Dette avansetillegget er nå 12,75 SEK pr pakke, etter en økning på nesten 11 pst. fra 1.2.2022.

For å finne ut av hva gjeldende svenske avansesatser ville gitt norske apotek i avanse, må man først regne om knekkpunktene og kronetilleggene til NOK. Vi har brukt gjennomsnittlig valutakurs for 2022 (SEK = 95,03), og benyttet salget i Norge i 2022 som utgangspunkt.

Svenske avansesatser brukt på norske, gjennomsnittlige AIP-er i 2022 for legemidler som ikke er trinnpriset, ville gitt norske apotek rundt 290 mill. kroner mer i avanse.

Regnestykket tar ikke hensyn til merinntjeningen svenske apotek har på salg av parallellimporterte legemidler, eller merinntjeningen norske apotek har fra trinnprissystemet. Den tar heller ikke hensyn til avansekroner på ikke-legemidler verken i Norge eller Sverige. Selv om det er naturlig å anse legemiddeldetaljistavgiften som et ledd i maksimalavansereguleringen, og svenske apotek ikke betaler slik avgift, har vi ikke justert for dette i regnestykket. Regnestykket bør også vurderes i lys av at personalkostnader er den klart dominerende kostnaden for apotek, og at personalkostnadene er betydelig høyere i Norge enn i Sverige.

3.4 Prisjustering av kronetillegget

Etter den siste omleggingen av apotekavansen i 2018 og 2019 er ikke apotekenes kronetillegg prisjustert. Stortingets helse- og omsorgskomite tok opp dette i sin budsjettinnstilling i desember 2020, og uttalte da følgende:

«Komiteen viser til at de faste kronebeløpene i apotekavansen ikke blir prisjustert, og at verdien derfor synker reelt hvert år. Komiteen ber departementet vurdere om det bør innføres en årlig prisjustering.»

I NOU-en er departementets oppfølging av komiteens merknad omtalt, og det hevdes at apotekene fikk økt apotekavanse som følge av endringene som ble gjort i 2018 og 2019. Apotekforeningen har bedt om grunnlagstall for disse beregningene, uten foreløpig å ha mottatt dette. Våre egne beregninger viser motsatt resultat. Siden 2018 har gjennomsnittlig pris per legemiddelpakke økt betydelig, både for legemidler med og uten markedsføringstillatelse.

Siden omleggingen i 2018 og 2019 ga høyere kronetillegg (som ikke er prisjustert) og lavere prosenttillegg, er det åpenbart at apotekene har tapt avanse og at tapet øker for hvert år. Ved endringene i apotekavansen la myndighetene til grunn at omleggingen skulle være provenynøytral for apotek på tidspunktet for omleggingen. Uten prisjustering av kronetillegget vil apotekavansen bli svekket over tid.

Vi mener

- det er en svakhet med apoteklovutvalgets arbeid at de har vært for opptatt av dagens markedssituasjon, uten å forsøke å forutse hvordan den økonomiske situasjonen kan utvikle seg fremover i et marked med sterkere konkurranse, samt trangere økonomiske tider.

Apotekforeningen har i mange år etterlyst et myndighetssystem for å vurdere om summen av endrede reguleringer og nye lovpålagte oppgaver til apotek gir større eller mindre arbeidsbelastning for apotek. De siste årene har apotek fått økte oppgaver ifm. legemiddelmangel og innføring av forfalskningsdirektivet.

Det er også vedtatt at apotekene skal betale for bruk av e-resept. Ut fra prinsippet om at apotekavansen på reseptlegemidler skal dekke apotekenes håndtering av reseptlegemidler pluss lønnsomhet, er det nødvendig med et system som kan vurdere endringer i kostnadene som skal dekkes. Dette kan gjøres ved å etablere et teknisk beregningsutvalg som jevnlig (f.eks. annethvert år) redegjør for utvikling i oppgaver og kostnader, slik at myndighetene kan ta stilling til hvilke implikasjoner dette bør gi. I utvalget bør settes sammen av partene (stat og apotekbransjen), samt personer med relevant fagkompetanse.

Utvalget burde tydeliggjort hva apotekenes betaling for håndtering av reseptlegemidler (den regulerte apotekavansen) skal dekke, og anvist hvilke kriterier som skal ligge til grunn for justeringer av denne regulerte inntekten. Dette er spørsmål de har hoppet over, med henvisning til at det i dag er god apotekdekning og fortsatt etableres nye apotek. Når utvalget synes å legge vekt på den samlede økonomien til apotekkjedene (inkl. grossistvirksomheten), blir det ikke tatt høyde for at også frittstående apotek og sykehusapotek må ha forsvarlige rammevilkår.

Selv om vi savner konkrete forslag fra utvalget som kan sikre apotekene en forsvarlig og langsiktig økonomisk trygghet, peker halve utvalget på at realverdien av apotekavansen synker uten prisjustering, og at myndighetene bør vurdere hvilken form for prisjustering som best egner seg for å ivareta apoteklovens formål. Resten av utvalget uttaler seg ikke om prisjustering, men peker på den evaluering av apotekavansen som gjøres av Statens legemiddelverk hvert fjerde år, og at det i tillegg også i de tilfellene myndighetene ser at tilgjengeligheten til apotek og apotektjenester svekkes. Det er svært uheldig å ha et system som systematisk reduserer realverdien av apotekavansen.

Det er ikke realistisk å forvente at apotek tar ut betydelig større effektiviseringsgevinster enn det som forventes av andre aktører i helsetjenesten og andre samfunnssektorer. Vi mener at utgangspunktet må være at realverdiene opprettholdes, og at endringer i avansen vurderes i lys av nye eller økte oppgaver, reelle muligheter for effektivisering etc.

I revidert nasjonalbudsjett for 2023 er alle statlige virksomheter, herunder landets helseforetak, kompensert for økt pris- og lønnsvekst. Konsumprisveksten oppjusteres fra 2,8 til 5,4 pst. og lønnsveksten fra 3,5 til 5,25 pst. Apotekene, som i hovedsak også er offentlig finansiert, blir imidlertid ikke kompensert. Den kraftige og uventede kostnadsøkningen gir dermed en utilsiktet innstramning for apotek.

3.5 Legemiddeldetaljistavgiften

Legemiddeloven § 18 gir hjemmel for legemiddeldetaljistavgiften. Avgiften har siden 2018 vært på 0,3 prosent. Avgiften innkreves av grossistene på vegne av staten, ved at avgiftsbeløpet faktureres apoteket. Apotekene har ikke anledning til å kreve avgiften dekket av kunden. Dette innebærer at avgiften i realiteten reduserer prosenttillegget i apotekavansen fra 2,0 til 1,7 prosent. For 2022 har staten lagt til grunn at avgiften vil utgjøre vel 68 mill. kroner, jf. Prop. 1 S (2021–2022) fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Legemiddeldetaljistavgiften er av vesentlig betydning for apotekenes rammevilkår. I henhold til legemiddeloven § 18 kan avgiften dekke tilskudd til apotek og Relis, fraktrerefusjon av legemidler samt myndighetenes utgifter til forvaltning av apotek. Tilskudd til Relis er for 2022 nesten 46 mill. kroner, og utgjør mer enn to tredjedeler av utgiftene til tiltak som dekkes av avgiften.

Relis bør finansieres på annen måte enn gjennom en avgift som pålegges apotek. I henhold til Finansdepartementets retningslinjer for sektoravgifter kan avgiftsplikt bare pålegges aktører som tilhører eller har en nær tilknytning til sektoren og som nyter godt av det avgiftsfinansierte tiltaket. Relis er en del av helseforetakssystemet, og driften er lagt til universitetssykehusene. Relis gir informasjon ved legemiddelforskrivning gjennom sin spørsmål- og svartjeneste for helsepersonell, som også omfatter spørsmål om legemiddelbruk tilpasset den enkelte pasient med spesielle behov. Relis mottar også bivirkningsmeldinger, vurderer årsakssammenhenger og gir tilbakemelding til legene. Siden 2015 gjennomfører også Relis kunnskapsbaserte oppdateringsvisitter (Kupp). Kupp formidler kunnskapsbasert, produsentuavhengig oppdatering på et tema som er direkte anvendbart i den kliniske hverdagen – direkte til legen i et én til én møte.

Det er ikke apotek som nyter godt av Relis sin virksomhet. Derfor bør heller ikke apotek finansiere dette tiltaket. Vi mener det må etableres en ny finansieringsordning for Relis. Når Relis ikke lenger skal finansieres av legemiddeldetaljistavgiften, må avgiften reduseres tilsvarende. Det vil innebære at avgiftssatsen settes til maksimal 0,1 prosent. Etter vår vurdering er det da ikke lenger grunnlag for å videreføre avgiften.

Vi mener

- kronetilleggene i apotekavansen må prisjusteres, og kan f.eks. årlig reguleres iht. Finansdepartementets prisomregningsfaktor for helsesektoren.
- det må opprettes et teknisk beregningsutvalg for å vurdere om summen av endrede reguleringer og nye lovpålagte oppgaver til apotek gir større eller mindre arbeidsbelastning, på samme måte som man bl.a. har gjort for å fordele aktørkostnader på e-helse.
- Trinnprisordningen har fungert godt i 15 år, men trenger forbedringer. Det er nødvendig å innføre en form for prisjustering av gamle trinnpriser for å beholde konkurranse og unngå at legemidlene ikke blir tilgjengelige pga. manglende lønnsomhet.
- Legemiddeldetaljistavgiften finansierer oppgaver som ikke er relatert til apoteksektoren og bør avvikles.

Vi vil i det følgende kommentere de konkrete forslagene til utvalgets flertall om apotekenes økonomiske rammevilkår:

3.6 Økte rapporteringsforpliktelser

Et enstemmig utvalg foreslår at apotek og grossisters rapporteringsforpliktelser endres for å sikre at myndighetene har et tilstrekkelig beslutningsgrunnlag for fremtidige vurderinger av apotek og grossisters økonomiske rammebetingelser. Det er uklart for Apotekforeningen hva utvalget ønsker å oppnå med dette forslaget, utover informasjon som allerede rapporteres til myndighetene i dag.

Økt rapporteringsplikt kan potensielt bli svært arbeidskrevende, men vi har merket oss at utvalget presiserer at gjennomføringen må være slik at den skaper minst mulig arbeid.

Vurdering av rapporteringsplikten for apotek bør sees i sammenheng med vårt forslag om etablering av et teknisk beregningsutvalg for å vurdere om summen av endrede reguleringer og nye lovpålagte oppgaver til apotek gir større eller mindre arbeidsbelastning.

Forslaget forutsetter at grossistenes økonomi skal tillegges vekt ved vurdering av rammevilkår for apotek, herunder fastsetting av apotekavanse. Dette er uheldig, spesielt med tanke på rene nettapotek, frittstående apotek og sykehusapotek, som har samme avansesystem, men ikke grossistledd. I lys av at utvalget ønsker å stimulere til konkurranse mellom apotek, er det et paradoks at inntekter i grossistleddet skal tillegges vekt når apotekavansen skal fastsettes.

Vi mener

- det ikke er en tilstrekkelig beskrivelse av hvilken informasjon som skal samles inn fra hhv. apotek og grossist, og myndighetenes behov for denne informasjonen.
- økte rapporteringsforpliktelser kan øke arbeidsbelastningen på helsepersonell i apotek.

3.7 Endringer i fraktrefusjonsordningen

Et enstemmig utvalg foreslår at fraktrefusjonsordningen vurderes gjeninnført. Ordningens innretning og fremtidig finansiering bør utredes nærmere.

Apotekforeningen ser at deler av befolkningen kan ha nødvendige utgifter til frakt av legemidler, selv om de pasientgruppene med høyest potensielle kostnader er dekket gjennom gjeldende ordning. En eventuell gjeninnføring av fraktrefusjonsordningen må utredes godt i lys av de endringer som har skjedd siden ordningen ble avvirket.

Myndighetene har tidligere lagt til grunn at det vil være krevende å etablere gode kriterier for hvem som har behov for fraktrefusjon, og administreringen av den vil nødvendigvis bli svært kompleks. Apotekforeningen er enig i denne vurderingen.

Ifølge reisetidsundersøkelsen som utvalget har bestilt har 7,5 pst av landets boenheter mer enn 30 min reisetid til nærmeste apotek. En slik andel av befolkningen representerer om lag 5 mill. reseptekspedisjoner årlig.

Reisetid fra hjem til apotek er imidlertid ingen fullgod indikator på behov for frakt (refusjon). Arbeidssted, reisevaner og helsetilstand vil være faktorer som avgjør det individuelle behovet, og det er vanskelig eller umulig å etablere en ordning som gir de med faktisk behov for frakt dekning uten at det samtidig åpnes for betydelig overforbruk av ordningen.

I dag er det konkurranse mellom ulike apotek mht. fraktkostnader. Med en ev. offentlig fraktrefusjonsordning vil denne konkurransen kunne svekkes eller bortfalle.

Vi mener

- apotekene kan ikke ta kostnaden for økt fraktrefusjon. Dersom ordningen skal finansieres av legemiddeldetaljistavgiften, må apotekavansen styrkes tilsvarende. Motsatt skjedde da fraktrefusjonsordningen ble innskrenket.
- en mer hensiktsmessig innretning kan være at pasienten får fraktrefusjon dekket av Helfo.

3.8 Felles finansiering av nødvendig infrastruktur

Et enstemmig utvalg anbefaler at felles finansiering for teknologisk infrastruktur som er nødvendig for å tilfredsstille myndighetskrav for å drifte apotek fremover, utredes.

Apotekforeningen er positiv til en slik utredning.

4 Apotekenes roller, oppgaver og fremtidig bruk av farmasøytisk kompetanse

Tidligere har vi poengtert at utvalgets mandat, og dermed også utredningen, i alt for liten grad svarer ut hvordan apotekene og kompetansen i apotek bør utnyttes best mulig i fremtiden. Mandatet sondret mellom oppgaver utvalget kunne gjøre og oppgaver utvalget skulle gjøre. Utvalget har naturlig prioritert «skal-oppgaver», og i liten grad svart ut «kan-oppgaver». En av oppgavene i sistnevnte kategori var:

Med sikte på den fremtidige innretningen av helsetjenesten, kan utvalget vurdere hvordan det kan legges til rette for at apotek fortsatt innehar nødvendig kompetanse og for at denne benyttes best mulig for å fremme riktig legemiddelbruk. Utvalget kan også se på i hvilken grad faglige tjenester i apotek bør videreutvikles og integreres i helsetjenesten, og mulige konsekvenser av dette. Utvalget kan i tilknytning til dette vurdere hvordan befolkningens tilgang til helsetjenester kan bedres, blant annet gjennom tilgang til fysiske apotek og økt bruk av teknologi. Mulige utviklingstrekk for apotekenes roller, herunder nye roller og samhandlingsløsninger kan skisseres i ulike scenarier, sammen med forslag til ulike finansieringsløsninger for slike tjenester.

Dette oppdraget er ikke besvart av utvalget selv om Helse- og omsorgsdepartementet senest i brev av september 2022 henviste oppfølgingen av evalueringen av oppstartstjenesten Medisinstart til utvalget.

Vi har i punkt 4.3 flg. presentert hvordan apotek kan tilby tjenester som kan fremme riktig legemiddelbruk og frigjøre ressurser i offentlig helsetjeneste.

4.1 Apotekene i dag

Apotekene har i dag mer enn 7 000 helsepersonell, de fleste farmasøyter, spredt på mer enn 1 000 apotek i hele landet. Apotek er tilgjengelig for befolkningen uten timebestilling, og har åpningstider tilpasset brukernes behov. Apotek utgjør et viktig lavterskeltilbud i helsetjenesten. Samtidig står vi overfor en krise i fastlegeordningen, der en hovedutfordring er at fastlegene har for mange oppgaver.

Helsepersonellkommissjonen har pekt på at behovet for helsetjenester vil øke i tiden fremover, særlig pga. den demografiske utviklingen. Fra 2000 til 2022 ble det i Norge 40 000 flere eldre over 80 år. De neste 20 årene vil vi bli 250 000 flere over 80 år, og denne utviklingen fortsetter også etter 2040. Samtidig blir det ikke flere mennesker i arbeidsfør alder. Kommisjonen konkluderer derfor med at helsetjenestens utfordringer må løses på andre måter enn gjennom økt bemanning. Oppgaver må løses på en lavest mulig nivå, på en bedre og mer effektiv måte, og vi må øke kvaliteten for å forebygge unødvendig belastning på helsetjenesten.

Med en eldre befolkning vil legemiddelbruken i samfunnet øke. Dette samtidig med at det utvikles og tas i bruk stadig nye legemidler. Personer over 80 år bruker seks ganger så mye legemidler som de under 60. Med økt legemiddelbruk følger økt behov for informasjon om riktig legemiddelbruk og veiledning av legemiddelbrukerne. Samtidig øker omfang av

legemiddelskader, og det er godt dokumentert at en betydelig andel av sykehusinnleggelses skyldes feil legemiddelbruk⁷.

Apotek er en ressurs som i langt større grad kan benyttes for å sikre riktigere legemiddelbruk, men da trengs det samarbeid på tvers i helsetjenesten og videreutvikling av tjenester med forutsigbare rammebetingelser.

4.2 Rapport fra Vista Analyse

Vista Analyse har på oppdrag fra Apotekforeningen utredet apotekenes verdiskaping. De presenterer blant annet et regneeksempel der spesialisthelsetjenesten kan spare mellom 263 mill. kroner og 1,3 mrd. kroner dersom apotek i større grad kan avdekke legemiddelfeil før de får alvorlige konsekvenser:

«Vi har ikke grunnlag for å kunne beregne hvor mange alvorlige legemiddelfeil apotekene bidrar til gjennom ulike intervensjoner som følge av hendelser og veiledninger i forbindelse med utleveringer. Som et regneeksempel har vi tatt utgangspunkt i et svært forsiktig estimat der 5 pst. av sykehusinnleggelsen skyldes feil legemiddelbruk. Av disse innleggelsene antar vi at apotekene kan påvirke 10 pst. gjennom veiledning og kontroll. Uten apotekenes innsats ville antall innleggelses ved somatiske sykehus med disse forutsetningene vært 0,5 pst. høyere enn i dag. Med en gjennomsnittspris på 17 000 kroner per sykehus-døgn og 4 dagers liggetid, tilsvarer dette en årlig besparelse på 263 mill. kroner. Et mer realistisk anslag basert på kartleggingen av antall hendelser som gir en eller annen intervensjon, er en reduksjon i antall innleggelses ved somatiske sykehus på 2,5 pst. Dette gir besparelser i spesialisthelsetjenesten på 1,3 mrd. kroner.

Hvis vi for begge alternativene (hhv. 0,5 og 2,5 pst.) regner verdien av helserelatert livskvalitet, og antar at av de som unngår sykehusinnleggelse som følge av apotekenes intervensjon ville fordelt seg med 1 pst. med meget alvorlig skade, 49 pst. med alvorlig skade og 50 pst. med lettere skade, får vi en QALY på hhv. 3,3 mrd. kroner og 16 mrd. kroner. Dette kommer i tillegg til de direkte besparelsen illustrert ovenfor.»

Rapporten fra Vista Analyse viser at helsetjenesten kan få betydelig innsparing ved økt bruk av apotekenes legemiddelfaglige kompetanse.

4.3 Helsetjenester i apotek

Et stort flertall i utvalget mener at pasientene og helsetjenesten kan få større utbytte av apotekenes potensial som del av førstelinjen. Flertallet peker bl.a. på at apotek bør benyttes mer aktivt for å øke vaksinasjonsgraden i befolkningen. Videre peker flertallet på at insentiver, strukturer og systemer skal bidra til at samfunnet og legemiddelbrukeren får større nytte av apotekfarmasøytens legemiddelkompetanse.

Apotekenes helsefaglige tjenester kan frigjøre kapasitet i øvrig helsetjeneste og gi økt kvalitet i legemiddelbehandlingen. Kompetansen i apotek bør tas i bruk både for å sikre riktigere bruk og å redusere legemiddelskader og dermed redusere belastning for øvrig helsetjeneste.

⁷ <https://diakonhjemmetsykehus.no/nyheter/hver-5-innleggelse-i-akuttmottaket-kan-knyttet-til-legemiddelbruk>

I denne sammenheng vises det til våre tidligere publiserte artikler om Medisinstart⁸. Blant de som startet med hjerte-kar-legemidler opplevde mer enn halvparten legemiddelrelaterte problemer 1-2 uker etter oppstart av behandlingen. Det er også vist at de som mottok Medisinstart-tjenesten hadde en signifikant bedret etterlevelse av legemiddelbehandlingen enn kontrollgruppen, og når det nå gjennomføres en studie der tjenesten også tilbys pasienter som starter på legemidler mot diabetes type 2 viser upubliserte data at så mange som 8 av 10 pasienter opplever legemiddelrelaterte problemer 1-2 uker etter oppstart av behandlingen. De publiserte studiene viser at tjenestefarmasøytene bidrar i stor grad til å løse de legemiddelrelaterte problemene.

Apotekene kan gis en større rolle i folkehelsearbeidet. Mange innbyggere bruker allerede helsepersonellet i apotek til å få god førstelinje helsehjelp. Apotekene tilbyr helsefaglig veiledning og flere helsetjenester som verdsettes høyt. Apotekene har tradisjon for å utvikle nasjonale tjenester i fellesskap og derigjennom sikre tilgang til standardiserte tjenester i hele landet.

Vi mener

- en videreutvikling av helsetjenester i apotek, er en del av løsningen på fremtidens utfordringer i helsesektoren.
- det er store gevinster å hente for myndighetene ved å samarbeide med apotekene om å både videreutvikle eksisterende tjenester, men også utvikle nye helsetjenester.
- det er en betydelig mangel at utredningen ikke har vurdert konkrete forslag til hvordan vi som samfunn skal sikre at legemidler som innsatsfaktor har optimal helseeffekt.
- Det mangler en vurdering av hvordan apotek kan benyttes aktivt som en del av førstelinje helsetjeneste.
- det må legges til rette for at kompetansen til helsepersonell i apotek tas bedre i bruk. I tillegg til riktigere legemiddelbruk vil det kunne frigjøre ressurser i den øvrige helsetjeneste og ikke minst bidra til bedre helse for den enkelte legemiddelbruker.

Internasjonalt tas den farmasøytiske kompetansen i apotek i bruk innen stadig nye områder og det finnes mye dokumentasjon på hvordan apotekene kan bistå, blant annet fra rapportering i Skottland.

⁸ <https://apokus.no/utviklingsprosjekter/publikasjoner/>

Vi vil i det følgende peke på noen konkrete områder der apotekene kan bidra til å løse utfordringer helsetjenesten står overfor i tiden foran oss:

4.4 Vaksinasjon

Apotekene har de siste årene bygget opp en betydelig kapasitet på vaksineområdet. I apotekene er det 4 000 vaksinatører fordelt på landets mer enn 1000 apotek. Alle vaksinatørene er helsepersonell, og de har gått gjennom og bestått et standardisert opplæringsprogram. Apotekene som tilbyr vaksiner, har i løpet av 2022 satt om lag 400 000 vaksiner. Dette fordelt på 220 000 influensavaksiner, 120 000 covid-vaksiner og en rekke vaksiner som har blitt administrert etter resept fra lege.

Rekvireringsrett for farmasøyter

Farmasøyter ansatt i apotek har rekvireringsrett for influensavaksiner og midlertidig rekvireringsrett for covid-vaksiner fra 22. mars 2021. Unntak fra rekvireringsretten gjelder for farmasøyter som er eier eller deleier i apoteket. Dette innebærer at et titalls apotek ikke kan rekvirere vaksiner, og et større antall apotek kun kan gjøre dette i deler av apotekets åpningstid.

Samarbeid mellom apotek og kommuner

Apotekenes vaksinasjon mot covid har skjedd etter avtale med kommunen. Erfaringene fra første del av pandemien, viste at det er krevende for enkeltkommuner og -apotek og fremforhandle avtaler som gjør at apotek kan utføre vaksinasjon på oppdrag fra kommunen. Fra 22. mars 2021 ble farmasøyter gitt rekvireringsrett for vaksiner mot covid-19. Det ble også fastsatt nasjonale takster og nasjonal oppgjørsordning for vaksinasjonen. Dette har vært vellykket, og apotek har bidratt med covid-vaksinering i nærmere 100 kommuner.

Voksenvaksinasjonsprogram

I Norge har vi i mer enn 70 år hatt et barnevaksinasjonsprogram. Oppslutningen om barnevaksinasjonen er svært god, over 95 %. Mange av vaksinene i barnevaksinasjonsprogrammet gir svært god og langvarig beskyttelse. Det vi mangler er et voksenvaksinasjonsprogram som kan sikre boostervaksinering av enkelte vaksiner fra barnevaksinasjonsprogrammet, samt sikre vaksinering mot visse andre sykdommer som særlig treffer de eldre aldersgruppene.

Anbefalinger om vaksinasjon til voksne og eldre er utarbeidet av Folkehelseinstituttet, men anbefalingene er ikke allment kjent, og primærhelsetjenesten bidrar i begrenset grad til å realisere anbefalt vaksinasjon av voksne og eldre.

Vaksinasjonsdekning er på langt nær oppnådd for de aktuelle vaksinene. For eksempel anslås det en vaksinasjonsdekning for pneumokokkvaksinen på mellom 20 og 30 prosent i målgruppen. Med lav vaksinasjonsdekning vil det bli et større antall tilfeller av pneumokokksykdom, spesielt hos eldre, enn det som kunne vært tilfelle med god vaksinasjonsdekning.

Det er godt dokumentert at pneumokokksykdom hos eldre i mange tilfeller fører til alvorlig sykdom og innleggelse i sykehus, og sykdommen innebærer også ofte antibiotikabruk som kunne vært unngått med bedret vaksinasjonsdekning i målgruppen. Det er også dokumentert at eldre som gjennomgår et alvorlig forløp med pneumokokksykdom har et lavere funksjonsnivå etter sykdommen enn før de ble syke.

For å lykkes med høy vaksinasjonsdekning blant voksne og definerte risikogrupper i samfunnet, er tilgang til informasjon om betydningen av vaksinasjon viktig. For å nå målene for vaksinasjonsdekning må vi ta alle tilgjengelige ressurser i bruk. Det er videre viktig at befolkningen får bedre og enklere tilgang til vaksiner enn i dag. Vaksinasjonstilbudet må svare ut de behov og preferanser som befolkningen har mht. hvor og når det passer å la seg vaksinere. På disse områdene kan apotekene spille en nøkkelrolle.

Apotekene er i dag svært tilgjengelige for publikum med sine lange åpningstider. Apotekene kan bety en betydelig kapasitet for helsetjenesten dersom myndighetene ønsker å inkludere apotek f.eks. i et voksevakinasjonsprogram.

Vi mener

- farmasøyter i apotek bør gis rekvireringsrett for alle ikke-levende vaksiner.
- Rekvireringsretten eventuelt kan knyttes til en nedre aldersgrense for innbygger, f.eks. 12 år for å unngå konflikt med barnevaksinasjonsprogrammet som er svært velfungerende slik det er organisert i dag.
- at alle farmasøyter i apotek bør kunne rekvirere vaksiner (fjerne begrensningen for de som har eierinteresser i apotek).
- at apotek ikke må forskjellsbehandles ift. andre vaksineaktører. I den grad det innføres nasjonale takster i forbindelse med vaksinasjonsprogram, må disse også gjelde apotek. Vaksinasjon er et egnet område for innføring av profesjonsnøytrale takster.
- apotek må få tilgang til vaksiner fra FHI som er kjøpt inn til programmene, enten ved å kunne bestille vaksinene direkte eller fortrinnsvis ved at vaksinene kan distribueres via de tre store legemiddelgrossistene.
- regelverket tilknyttet vaksinasjon må vurderes med tanke på hvordan man mest effektivt kan nå befolkningen med informasjon om hvem som bør vaksineres og hvor vaksinasjon gjennomføres. Det bør vurderes om det er riktig at vaksiner omfattes av samme regelverk hva gjelder markedsføring som andre reseptpliktige legemidler.

4.5 Medisinstart og medisinsamtaler

Medisinstart er en viktig helsetjeneste som skal sikre at pasienter som starter med nye legemidler mot hjerte- og karsykdommer bruker legemidlene i tråd med legens forskrivning. Tjenesten er fortsatt en prøveordning, og ble evaluert av Menon og Teriak på oppdrag av Helsedirektoratet i 2022.

Gjennom arbeidet med apotekutredningen fikk Apotekforeningen tilgang til rapporten og på bakgrunn av Helsedirektoratets konklusjon sendte vi brev til Helse- og omsorgsdepartementet 24. august 2022 med innspill til evalueringen og Helsedirektoratets konklusjon. Det vises også til departementets svar av 8. september 2022, der det vises til at utredningen skal inngå i kunnskapsgrunnlaget til NOU om fremtidens apotek. Utvalget kommenterer ikke Apotekforeningens kommentar til evalueringen.

Vi støtter utvalgets forslag om flere prøveordninger, men mener samtidig at det foreligger nok dokumentasjon til å foreslå videreføring og videreutvikling av Medisinstarttjenesten.

Den dokumenterte effekten på legemiddelbrukerens legemiddelrelaterte problemer viser hvor viktig tjenesten er⁹. Medisinstarttjenesten for hjerte/kar tilbys nye legemiddelbrukere uavhengig av sosial tilhørighet og er et viktig virkemiddel for å sikre riktig legemiddelbruk.

Basert på erfaringene fra Medisinstart for hjerte-kar-pasientene startet bransjen i egen regi et pilotprosjekt for å kunne tilby tjenesten også til de som starter med legemidler mot diabetes type 2. Upubliserte data fra prosjektet Medisinstart Diabetes type 2 viser at så mange som 8 av 10 pasienter opplever legemiddelrelaterte problemer når første samtale gjennomføres. De fleste problemene løses etter samtale mellom tjenestefarmasøyt og pasient.

Medisinstart og medisinsamtaler i apotek er tjenester som kan videreutvikles og bidra til riktigere legemiddelbruk. Apotek i Norge kan bidra langt bedre i oppfølgingen av pasienter med kroniske sykdommer for å sikre at legemidlene brukes riktig slik at behandlingsmål oppnås.

I Danmark har man skrevet en egen rapport¹⁰ om etterlevelse av legemiddelbehandlingen. Manglende etterlevelse er en kjent utfordring i legemiddelbehandling, og apotek kan og bør få en større rolle i arbeidet med å sikre bedret etterlevelse av den behandling legen har foreskrevet.

Polyfarmasi er en annen utfordring hvor apotek kan spille en langt større rolle. Det gjennomføres interessante prosjekter med ulike former for medisinsamtaler og legemiddelgjennomganger i andre land. Den EU-finansierte [iSIMPATY](#)¹¹ er et eksempel på dette.

Dagens Medisinstart-tjeneste har vist god effekt på å løse legemiddelrelaterte problemer og tjenesten bør utvides til nye pasientgrupper. Samtidig må man vurdere hvordan tjenesten kan videreutvikles slik at den tilbys de som har størst behov for utvidet veiledning tilknyttet sin legemiddelbruk.

Vi mener

- Medisinstart og en utvidelse av tjenesten til nye pasientgrupper er et viktig tiltak for å sikre riktig legemiddelbruk, oppnå bedre folkehelse og unngå uønskede bivirkninger og senkomplikasjoner som følge av feil bruk. Dermed vil tiltaket også forebygge unødvendig belastning av andre deler av helsetjenesten.
- Helsedirektoratets konklusjon etter evalueringen av tjenesten Medisinstart fra juni 2022 er svært mangelfull. Videreføring og videreutvikling av Medisinstart både til eksisterende og nye pasientgrupper må sikres videre finansiering.

⁹ <https://apokus.no/utviklingsprosjekter/publikasjoner/>

¹⁰ https://www.pharmakon.dk/media/2231/20210414_compliance-evidens-teori-og-praksis.pdf

¹¹ <https://www.isimpathy.eu/>

4.6 Inhalasjonsveiledning

Inhalasjonsveiledning var den første offentlig finansierte veiledningstjenesten i apotek som ble innført. Formål med tjenesten er å gi pasientene riktigere bruk av legemidler til inhalasjon.

Evaluering av tjenesten viste at 7 av 10 pasienter som mottok tjenesten hadde minst en kritisk feil ved sin inhalasjonsteknikk, som kunne påvirke effekten av legemiddelet.

Etter inhalasjonsveiledning hadde 9 av 10 fått hjelp til å inhalere riktig. Ved kontroll av teknikken tre måneder etterpå, var det fremdeles 8 av 10 som hadde riktig teknikk. Forskning viser at riktig teknikk kan avlæres over tid og det er derfor anbefalt å få sjekket sin inhalasjonsteknikk med jevne mellomrom. Siden innføringen av tjenesten i 2016 har det blitt utført nesten 450 000 inhalasjonsveiledninger i apotek.

4.7 Multidose

I dag pakkes det legemidler til spesielt eldre i mange kommuner når hjemmetjenesten følger opp legemiddelbehandlingen til pasientene.

Multidose bør også tilbys flere og definerte legemiddelbrukere hvor hjemmetjenesten foreløpig ikke er involvert i legemiddelhåndteringen. Mange eldre sliter med den ukentlige oppgaven det er å legge legemidlene i dosett.

Et offentlig tilbud om multidosepakking vil lette oppgaven og redusere faren for feil¹². Det er grunn til å tro at man i mange tilfeller vil kunne utsette innbyggernes behov for hjemmebaserte tjenester dersom pasienter som bruker et visst antall legemidler kan tilbys multidose før de blir inkludert i den kommunale omsorgstjenesten.

Vi mener

- det bør tilrettelegges for mer utstrakt bruk av multidosepakkede legemidler.

4.8 Oppfølging av legens igangsatte behandling

Apotekforeningen ønsker ikke å rokke ved prinsippet om at det er lege som skal stille diagnose, og at det som hovedregel er lege som skal igangsette legemiddelbehandling.

Vi mener likevel at farmasøyter i apotek kan frigjøre kapasitet hos fastlegene ved å:

- gis rekvireringsrett for legemidler der det ikke kreves diagnostisering
- ved fornyelse av resepter og
- ved justering av styrke/dosering.

En rekke land har erfaringer fra slike løsninger. Se mer i punktene under.

Rekvireringsrett for vaksiner

Rekvireringsrett for vaksiner er allerede gitt til farmasøyter, og denne retten bør utvides til nye vaksiner. Det bør også vurderes å gi farmasøyter rekvireringsrett for andre legemidler,

¹² Anette Vik Jøsendal: Multidose drug dispensing in home care services s. 10, feil ved 1 av 13 000 multidoseruller vs. 1 av 14 manuelt fylte dosetter

f.eks. prevensjonsmidler. Farmasøyter i apotek har gode forutsetninger for å rekvirere prevensjonsmidler, og tiltaket kan motvirke den uheldige reduksjonen i prevensjonsbruk blant unge kvinner.

Fornyelse av resept

Apotekfarmasøyter vil også kunne frigjøre ressurser hos fastlegene ved å kunne fornye resepter på nærmere definerte legemidler som for eksempel legemidler mot pollenallergi. Det bør også vurderes å gi apotekfarmasøyter anledning til å justere styrke og dosering eller endre formulering. Det kan være relevant i mangelsituasjoner, når enkelte styrker eller formuleringer ikke er tilgjengelige.

Justere styrke og dosering

Apotekfarmasøyter bør også kunne endre styrke/dosering, når lege har startet opp behandling og definert et behandlingsmål. F.eks. kan apoteket følge opp kolesterolbehandling, og basert på kolesterolmålinger endre styrke/dosering opp eller ned for å sikre at behandlingen som legen har besluttet blir fulgt opp på en god måte. Dette finnes det også gode eksempler på fra andre land.

Utvikling av nye digitale løsninger, jf. avsnittet om teknologisk utvikling i apotek og apotekenes samhandling, er et viktig verktøy for å flytte oppgaver fra legekontoret til apoteket på en god og trygg måte.

Apotekfarmasøyter bruker for øvrig i dag mye tid i hverdagen på å kontakte rekvirenter som har skrevet ut feil resepter, en prosess som normalt må gjøres over telefon. Dette er ofte svært tidkrevende, men et arbeid apoteket ikke får økonomisk kompensasjon for. Fastlegen mottar takst på både den feilutskrevne resepten, samt for å motta telefon fra apoteket (takst 1f á kr 107,-).

Vi mener

- farmasøyter i apotek kan frigjøre kapasitet hos fastlegene ved å gis rekvireringsrett for styrke/dosering.

Vi vil i det følgende kommentere utvalgets konkrete forslag til tiltak vedørende apotekenes roller og oppgaver:

4.9 Mer uavhengig forskning på etterlevelse av lovpålagte oppgaver og effekt av helsetjenester

Et enstemmig utvalg foreslår at det gjennomføres mer uavhengig forskning om etterlevelse av lovpålagte oppgaver samt effekten av helsetjenester i apotek.

Apotekforeningen er positiv til dette forslaget, og har lenge etterlyst økt oppmerksomhet fra det offentlige på dokumentasjon av effekten av apotekenes arbeid.

Slik forskning tar imidlertid lang tid, og vi mener tilgjengelig litteratur fra Norge og sammenliknbare land godt nok dokumenterer effekt av tjenestene.

Utredningen presiserer ikke hvordan forskningen skal finansieres. For å sikre uavhengighet mener Apotekforeningen at dette bør finansieres av det offentlig, f.eks. gjennom en

budsjettbevilgning til Forskningsrådet eller relevante universitet. Tilsvarende uavhengig forskning bør også gjøres på rekvirentensiden, slik at man har et reelt sammenligningsgrunnlag i en utredning om effekten av ulike offentlig finansierte helsetjenester.

Vi mener

- forskning på etterlevelse av lovpålagte oppgaver og effekten av helsetjenester i apotek bør finansieres av det offentlige for å sikre uavhengighet.

4.10 Rapporteringskrav på kvalitetsindikatorer

Et enstemmig utvalg foreslår at det skal innføres krav til årlig rapportering av kvalitetsindikatorer til myndighetene, samtidig som eksisterende krav knyttet til regnskap og omsetning gjennomgås og tilpasses dagens behov.

Det er allerede i dag omfattende krav til rapportering fra apotekene. Ytterligere rapportering vil erfaringsmessig kunne bli svært arbeidskrevende og legge beslag på ansatte i apotek, med konsekvenser for kundebehandlingen og farmasøytiske tjenester i apoteket. Det er heller ikke tydeliggjort hvilke indikatorer som skal rapporteres, og inntil dette er klargjort er Apotekforeningen negativ til dette forslaget.

Rapportering må være knyttet til legemiddelpolitiske mål og gjeldende lovverk, og det må spesifiseres hvilke oppgaver som utledes av dette, og som rapportering skal knyttes opp mot.

Utvalget presiserer at *«innsamlingen bør begrenses til data som det er nødvendig for myndighetenes vurdering, og at innsamlingen må skje på en måte som krever minst mulig ressurser fra apotekene»*. Det er avgjørende at alle rapporteringskrav, både eksisterende og eventuelt nye eller endrede krav, vurderes ut fra disse hensynene. Det må også tas hensyn til at økt rapportering vil medføre økt arbeidsbelastning i den myndighetsinstans det skal rapporteres til.

Vi mener

- forslaget om rapporteringskrav på kvalitetsindikatorer ikke bør lovfestes. Dersom et slikt rapporteringskrav skal vurderes, må det tydeliggjøres hvilke indikatorer som skal rapporteres.

4.11 Kompetansekrav til apoteker

Et enstemmig utvalg foreslår et krav om å gjennomføre en obligatorisk opplæring i apotekregelverk for apotekere for å kunne få driftskonsesjon.

Apotekforeningen er positiv til intensjonen om at alle apotekere må ha god forståelse av gjeldende apotekregelverk, men gjør oppmerksom på at kjedepotekene allerede har opplæringsprogrammer for nye apotekere.

Apotekere har gjennomgått en utdanning på masternivå som gir en grunnleggende god kompetanse. I tillegg har apoteker minst to års praktisk erfaring hvorav minst ett år fra

apotek før vedkommende kan få driftskonsesjon. I tillegg er det i praksis godt ivaretatt gjennom apotekenes egne opplæringsopplegg og det bransjefelles kompetanse- og utviklingssenteret Apokus.

Vi mener

- det mangler en begrunnelse for utvalgets forslag til lovfesting av et obligatorisk opplæringskrav for apoteker. Utvalget adresserer heller ikke hvordan finansiering av dette tiltaket skal foregå.

4.12 Krav om etterutdanning for farmasøyter i apotek

Et enstemmig utvalg foreslår at det bør vurderes å innføre krav om etterutdanning for farmasøyter som jobber i apotek.

Apotekforeningen oppfatter ikke at mangelfull kompetanse er et problem i dag blant apotekansatte, og mener derfor dette tiltaket er unødvendig.

Det er i dag ingen obligatoriske etterutdanningskrav til andre helsepersonellgrupper. For leger er det etablert etterutdanningskrav for spesialister i allmennmedisin, men det er ikke satt krav til spesialitet for å praktisere som allmennlege. Det er etablert økonomiske insentiver for spesialisering, bl.a. i form av økte takster.

Det er allerede etablert gode systemer for jevnlig kompetanseheving for apotekansatte, både internt i apotekkjedene og gjennom det bransjefelles opplæringsssenteret Apokus.

Vi mener

- at utvalget ikke har begrunnet hvorfor et slikt særkrav bør lovfestes spesifikt for apotekfarmasøyter.
- finansiering av dette tiltaket er mangelfullt utredet.

5 Teknologisk utvikling i apotek og apotekenes samhandling

En viktig forutsetning for at helsepersonell i apotek kan frigjøre ressurser i den øvrige helsetjeneste og sikre at befolkningen gis et best mulig helsetilbud, er utvikling av teknologi og digitale løsninger. Slike løsninger må sikre effektiv og sikker dialog mellom apotek og lege, og gi apotekansatte effektiv tilgang til informasjon som er viktig for å sikre gode helsetjenester.

Teknologi og digitale løsninger vil også kunne effektivisere apotekdrift og frigjøre helsepersonell i apotek for nye oppgaver. Apoteklovutvalget har foreslått viktige tiltak som bidrar til dette:

- apotekenes tilgang til pasientens legemiddelliste (PLL)
- etablering av helsefaglig dialogmelding mellom apotek og rekvirent
- digital fullmaktsløsning for uthenting av varer på resept

Apotekforeningen er positiv til disse tiltakene. Bruk av nasjonale e-helseløsninger og finansieringsmodellen knyttet til disse må imidlertid ses i sammenheng med rammebetingelsene for apotek og apotekavansen. Utviklingen og bruk av nasjonale e-helseløsninger må ikke gå på bekostning av tjenesteutvikling og innovasjon på apotekenes kjerneområder.

5.1 Tilgang til pasientens legemiddelliste

Et enstemmig utvalg anbefaler at Pasientens legemiddelliste (PLL) gjøres tilgjengelig for apotek. Apotekforeningen er positiv til dette. Det er viktig at apotekbransjen er med i det statlige prosjektet om PLL, og at det er god dialog mellom myndigheter og andre aktører om bruk av løsningen.

Økonomiske konsekvenser bør utredes grundig og det må avklares hva som blir de faktiske konsekvensene for apotek ved implementering av PLL, herunder hvordan PLL påvirker arbeidsprosessene, implikasjoner på de ansattes tidsbruk, konsekvenser for øvrige IT-løsninger mv.

Apotekenes behov må hensyntas i utviklingen av den nasjonale løsningen slik at PLL kan bli et viktig grunnlag for videreutvikling av helsetjenester i apotek. Det er også viktig at myndighetene tar det økonomiske og praktiske ansvaret for nødvendig utvikling og tilrettelegging på myndighetssiden slik at apotekene kan koble seg til.

Det pågår et arbeid i Direktoratet for e-helse for å avklare om det er behov for endringer i lovverket for å gi helsepersonell i apotek tilgang til PLL også for andre formål enn utlevering av reseptlegemidler, dvs. på forespørsel fra pasient og ved farmasøytisk rådgivning og -tjenester. Det må også avklares hva som menes med autorisert og autentisert helsepersonell i apotek.

Vi mener

- pasientens legemiddelliste (PLL) må gjøres tilgjengelig for apotek. De økonomiske konsekvensene må utredes grundig.

5.2 Etablering av helsefaglig dialogmelding mellom apotek og rekvirent

Et enstemmig utvalg anbefaler at det etableres en helsefaglig dialogmelding mellom apotek og rekvirent.

I en kartleggingsstudie fra 2016¹³ ble det vist at apotek i 1,7 pst av reseptekspedisjonene har behov for dialog med rekvirent. Årsakene til dette var ofte at pasienten ikke hadde gyldig resept eller at det var feil eller mangler ved resepten. I studien ble kontakt mellom apoteket og rekvirenten oppnådd i 73 pst av tilfellene. Gjennomsnittlig tidsbruk for den apotekansatte var 6,7 min fordelt på ventetid og dialog.

Dersom disse tallene er representative også i dag, innebærer dette at apotekansatte bruker 53 000 timer på kontakt med rekvirent hvert år i tilknytning til reseptekspedisjoner. Det er også behov for kontakt med rekvirent i forbindelse med utførelse av tjenester som LAR, Medisinstart, multidoser mm.

Etablering av helsefaglig dialogmelding mellom apotek og rekvirent vil kunne gi en mer effektiv og sikker dialog mellom apotek og rekvirent. Gevinsten ved en slik dialogmelding vil i hovedsak bli tatt ut i form av økt pasientsikkerhet og bedre tjenester til pasient og forskriver.

Apotekforeningen tok sammen med Norges Farmaceutiske Forening, Allmennlegeforeningen og Norsk forening for allmennmedisin et felles initiativ overfor HOD høsten 2020 hvor man foreslo at departementet tok initiativ til at behov med tilhørende forslag til løsning ble utredet. Apotekforeningen og Legeforeningen er nå i dialog for å utrede faktisk behov for fastlegene og apotekfarmasøytene. En enkel utprøving av en løsning for Dialogmelding gjøres i pågående prosjekt med Medisinstart for diabetespasienter.

Vi mener

- forslaget om etablering av helsefaglig dialogmelding mellom apotek og rekvirent må gjennomføres.
- finansiering av dette tiltaket er mangelfullt utredet.

5.3 Digitale fullmakter for bestilling og kjøp av reseptpliktige legemidler fra nettapotek og fysiske apotek

Et enstemmig utvalg anbefaler at en felles digital fullmaktsløsning ved kjøp av reseptpliktige legemidler i nettapotek og i fysiske apotek utredes.

Apotekforeningen er svært positiv til dette forslaget. En digital fullmaktsløsning vil styrke konkurransen mellom apotek, og legge til rette for fritt apotekvalg også for de brukere som er avhengig av å bruke fullmektig.

Apotekforeningen har i samarbeid med NHN tidligere utredet hvordan en slik løsning kan etableres, men utviklingen av de nasjonale komponentene har ikke blitt igangsatt pga. manglende finansiering.

13

https://www.apotek.no/Files/Filer_2014/Rapporter/Rapport%20kartlegging%20apotektjenester%202016.pdf

Vi mener

- det må utredes en felles digital fullmaktsløsning ved kjøp av reseptpliktige legemidler i nettapotek og i fysiske apotek, herunder finansiering.

5.4 Tilgang til Eik og forretningsløsninger

Et enstemmig utvalg anbefaler at alle apotek uavhengig av medlemskap i Apotekforeningen og kjedetilknypning får tilgang til Eik og forretningsløsninger.

Alle apotekene i Norge har blitt enige om å lage en felles bransjeløsning som heter Eik. Eik skal sammen med apotekenes egne IT-løsninger, erstatte dagens apotekløsning FarmaPro.

Eik tilbys i dag til alle apotek i Norge. Forutsetningen er at apotek som skal benytte Eik har tilstrekkelig informasjonssikkerhet for å ivareta personvernet. Bruk av Eik forutsetter at apoteket bidrar til å dekke kostnadene ved etablering og drift av dette systemet.

Vi mener

- utvalgets forslag med hensyn til tilgang til Eik er ivaretatt gjennom dagens ordning.
- myndighetene ikke kan pålegge private aktører, som har utviklet egne forretningsløsninger, å tilgjengeliggjøre disse for konkurrenter.

5.5 Pasientrettet informasjon om det enkelte legemidlets bruk

Et enstemmig utvalg anbefaler at kortfattet pasientrettet informasjon om det enkelte legemidlets bruk utvikles.

Apotekforeningen støtter tiltak som kan bidra til tryggere legemiddelbruk, inkludert lettere tilgjengelig informasjon om enkelte legemidlers bruk. Det vil være en stor fordel om innføring av ny pasientrettet informasjon gjøres samtidig og på samme måte i EU/EØS, og Norge bør søke å koordinere tiltaket på europeisk nivå.

Vi mener

- tiltak som kan bidra til tryggere legemiddelbruk, inkludert lettere tilgjengelig informasjon om enkelte legemidlers bruk er positivt.

5.6 Oversikt over apoteks lagersaldo

Et enstemmig utvalg anbefaler at det etableres en løsning om tilgjengelighet av legemidler på tvers av kjeder og andre apotekaktører.

Apotekforeningen deler utvalgets vurdering av at det er nyttig for kundene å ha enkel tilgang til hvilke apotek som har et bestemt legemiddel på lager. Det foreligger en løsning allerede i dag gjennom Apotekforeningens nettside som omfatter 90 prosent av landets apotek.

Apotekforeningen jobber nå med å forbedre denne løsningen, med mål om å inkludere alle norske apotek i ordningen. En løsning for lagersaldo bør håndteres av apotekbransjen. Informasjon om lagersaldo kan være konkurransesensitiv informasjon, som ikke skal deles med leverandørene eller andre kommersielle aktører. En løsning for tilgjengeliggjøring av om apotek har en vare på lager kan derfor ikke styres av andre aktører i forsyningskjeden.

Vi mener

- det er viktig at pasientene kan finne informasjon om hvilke apotek som har legemidlet på lager.
- løsning for lagersaldo må håndteres av apotekbransjen selv.

5.7 Validering av teknologiske løsninger

Et enstemmig utvalg anbefaler at lovverket må stille krav til validering og verifisering av teknologiske løsninger i apotek.

Apotekforeningen viser til at det allerede er mekanismer for å godkjenne og sikre kvalitet i apotekenes teknologiske løsninger. Løsningene som brukes i dag knyttet til pasientrettet arbeid, godkjennes av Norsk helsenett for bruk av nasjonale e-helseløsninger som e-resept. Alle løsninger tilfredsstillende lovkrav knyttet til personvern og informasjonssikkerhet (GDPR).

Det bør stilles krav til at NHN som eier av nasjonale e-helseløsninger sikrer at data inn i nasjonale løsninger valideres. Dette for å forhindre at dårlig datakvalitet skaper utfordringer for andre aktører som apotek, slik tilfellet er i e-resept i dag.

Dersom det skal stilles strengere krav til validering av IT-løsninger i apotek er det naturlig at de samme kravene stilles til leverandører av data inn til apotekenes systemer, for eksempel Legemiddelverkets forskrivnings- og ekspedisjonsstøtte (FEST) og legenes pasientjournalssystemer (EPJ-system). For å sikre god kvalitet gjennom hele verdikjeden er det viktig at alle avleverende system/aktører validerer dataene før levering til neste ledd.

Vi mener

- det er uklart hva utvalget ønsker å oppnå med forslaget.
- Behovet for og kostnadene ved innføring av et slikt lovkrav ikke er utredet.

6 Oppsummering

Apotekforeningen mener utvalget har utarbeidet en grundig og omfattende rapport, og vi har merket oss at utvalget mener dagens apoteksystem fungerer godt, og at det i stor grad bidrar til at apoteklovens og legemiddellovens formål er oppnådd.

Apotekforeningen støtter mange av utvalgets forslag til tiltak, bl.a. at nettapotek ikke trenger et fysisk utsalgssted og tiltak for å styrke den teknologiske utviklingen i apotek.

Flere av tiltakene i rapporten er ikke godt nok utredet, herunder krav til kompetanse og etterutdanning. Vi ser fram til en videre dialog med myndighetene om hvordan kvalitet og sikkerhet i apotekenes tjenester kan økes.

Vi mener at flere av utvalgets forslag innebærer en forskjellsbehandling av apotekaktørene, der det legges opp til at nettapotek kan få fordeler bl.a. gjennom mulighet for etablering av grossistvirksomhet uten leveringsplikt til andre apotek.

Det mangler en analyse av hvordan tiltakene kan påvirke eller forsterke hverandre, og hvilken effekt dette vil kunne ha på publikums tilgang til apotek og apotek tjenester. Vi er bekymret for den samlede effekten av forslaget om å fjerne krav til fysisk tilgjengelig publikumsløkal, i kombinasjon med endringer i regler om apoteklokaler, utkontraktering, forhandlingsplikt og forsendelsesplikt.

Dersom disse tiltakene gjennomføres samtidig som netthandelen øker, vil det kunne svekke publikums tilgang på fysiske apotek og farmasøytisk rådgivning. Dette kan i realiteten redusere apotekenes mulighet for å styrke helsefaglige tjenester, frigjøre kapasitet i øvrig helsetjeneste og gi økt kvalitet i legemiddelbehandlingen. Det vil være i strid med utvalgets intensjoner.

Vi mener departementet i oppfølging av utredningen må gjøre en grundig vurdering av de samlede konsekvenser av tiltakene de vil gå videre med. Vi forutsetter videre at departementet vil utrede konkrete tiltak på apotekområdet som kan styrke pasientsikkerheten, forebygge sykdom og frigjøre ressurser i øvrig helsetjeneste.

Vi forutsetter også at departementet fremmer forslag som sikrer at apotekavansen indeksreguleres, slik at den justeres i takt med den generelle pris- og kostnadsveksten for apotekene.