



Apotekenes avanse på reseptlegemidler:

Formål, fakta og utvikling

Svakheter og forslag til forbedringer

Trinnprissystemet

Oslo, 16. september 2020

1	Sammendrag	4
2	Oppdrag om pris og apotekavanse	6
3	Apotekenes avanseinntekter fra reseptlegemidler	7
4	Formål og prinsipper for fastsettelse av apotekenes avanse på reseptlegemidler.....	9
4.1	Avansen skal dekke apotekets kostnader ved håndtering av reseptlegemidler	9
4.1.1	Vurdering av kostnader som grunnlag for avansefastsettelse	10
4.2	Avansefastsettelse på grunnlag av apotekenes totaløkonomi	11
4.3	Konklusjon.....	12
5	Apotekavansen – struktur og satser	13
5.1	Innledning	13
5.2	Utvikling i apotekenes maksimalavanse	13
5.3	Trinnpris	14
5.4	Avanse for legemidler på godkjenningfritak	14
5.5	Arbeidspriser.....	15
5.6	Legemiddeldetaljstavgiften.....	15
5.7	Konklusjon.....	15
6	Utviklingen i apotekenes avanseinntekter 2016 – 2019.....	16
6.1	Innledning	16
6.2	Reseptpliktige legemidler	16
6.2.1	Trinnprisede vs ikke-trinnprisede legemidler	17
6.2.2	Avanse etter resepttype	21
6.3	Primærapotek og sykehusapotek	25
6.4	Utviklingen i apotekenes inntekter fra annet salg enn reseptlegemidler	25
6.5	Reseptfrie legemidler.....	26
6.6	Handelsvarer.....	26
6.6.1	Innledning	26
6.6.2	Alle handelsvarer	27
6.6.3	Medisinsk forbruksmateriell på blå resept	27
6.6.4	Handelsvarer som ikke er medisinsk forbruksmateriell på blå resept	28
6.7	Annet.....	29
6.7.1	Tjenester i apotek	29
6.7.2	Andre varer	29
6.8	Alt salg.....	30
6.9	Konklusjon.....	31

7	Trinnprissystemet	33
7.1	Om systemet	33
7.2	Fordeling av utsalgspris på aktørene	34
7.2.1	Alle trinnprisede varenumre	34
7.2.2	Varenumre som har vært trinnpriset i alle fire år	35
7.3	Avanse hos apotek og grossist	36
7.4	Konklusjon.....	37
8	Utvikling i apotekenes kostnader 2016 – 2019.....	38
9	Svakheter ved avansestrukturen og reguleringene – forslag til endringer	39
9.1	Innledning	39
9.2	Ingen prisjustering av faste kronetillegg.....	39
9.3	Ingen kompensasjon for nye oppgaver.....	40
9.3.1	Legemiddelmangel.....	40
9.3.2	Forfalskningsdirektivet.....	41
9.3.3	Eventuell betaling for e-helsesystemer	41
9.3.4	Oppsummering – etablering av teknisk beregningsutvalg	41
9.4	Forbedringer i trinnprismodellen.....	42
9.5	Legemiddeldetaljistavgiften.....	43
9.6	Arbeidspriser i apotek.....	44
9.7	Konklusjon.....	45

1 Sammendrag

Apotekenes avanse for en pakning av reseptlegemidler har gått kraftig ned fra 2016 til 2019. Målt i faste 2019-kroner er nedgangen på 6,6 prosent. Avansen har gått ned både på legemidler innenfor og utenfor trinnprisordningen. Fordi legemiddelbruken i Norge har økt i den samme perioden, er apotekenes avanseinntekter i 2019 om lag de samme som i 2016. I 2019 utleverte apotekene 62 millioner reseptpakninger for samme reelle pris som de i 2016 utleverte 58 millioner pakninger.

Avansestrukturen er endret på viktige områder siden 2016, både for legemidler med og uten markedsføringstillatelse. Den delen av avansen som er en prosentandel av innkjøpsprisen er blitt vesentlig mindre (fra opptil 7 prosent før, til 2 prosent nå)¹. Kronetillegget er samtidig blitt større (fra 25 til 29 kr). Det er også innført et nytt kjølevaretillegg², og A/B-tillegget er økt. Arbeidsprisene i apotek har vært uendret i mange år. Det har ikke skjedd vesentlige endringer i trinnprisordningen siden 2016, utover at 28 nye virkestoffer er inkludert i systemet.

En langt mer degressiv avanse med lavere prosenttillegg og høyere kronetillegg har ført til lavere avanse på dyre legemidler. Men også for trinnprislegemidler er avansen lavere i 2019 enn i 2016. Det skyldes at fordelingen mellom leverandører, apotek og grossister har endret seg kraftig i perioden. Målt i faste kroner får leverandørene vesentlig høyere pris i 2019 enn i 2016. Grossistenes avanse er svært mye lavere i 2019 enn i 2016. Apotekenes avanse har også gått ned i perioden. Utsalgsprisen for en pakning av et trinnprislegemiddel har i gjennomsnitt gått litt ned. For de trinnprislegemidlene som har hatt trinnpris i hele perioden er det en sterkere prisnedgang.

For handelsvarer som er finansiert av folketrygden (medisinsk forbruksmateriell og næringsmidler på blå resept) har det vært en sterk vekst i antall pakninger, og en betydelig reduksjon i apotekenes avanse pr pakke, både nominelt og reelt. For kommersielle handelsvarer har det vært en liten vekst i omsetning og avanse, men langt lavere vekst enn i tidligere perioder. For reseptfrie legemidler i apotek er det en liten nedgang i antall solgte pakninger, og en liten økning i omsetning og avanse.

De siste strukturendringene i apotekavansen i 2018 har ingen former for prisjustering av faste kronetillegg i avanser og takster. Det er ikke bærekraftig, og gir en ikke-intendert automatisk reduksjon i apotekavansen hvert år. Kronetilleggene kan f.eks. prisjusteres ved å bruke Finansdepartementets prisomregningsfaktor for helsesektoren.

For å kunne utlevere vesentlig flere reseptpakninger og utføre nye, pålagte oppgaver, har apotekene i perioden 2016 – 2019 økt antall årsverk med 4 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 sett skulle tilsi. I tillegg kommer alminnelig lønnsvekst som i gjennomsnitt har vært ca. 3 prosent pr år. Personalkostnader utgjør ca 2/3 av apotekenes kostnader. De viktigste andre kostnadene er husleie og IT-kostnader. Husleie er som regel indeksregulert, mens IT-kostnadene har hatt en kraftig vekst. Apotek opplever også økte kostnader til svinn og ukurans. Det skyldes to forhold: At flere legemidler anbudsutsettes og anbudstapere blir ukurante, og at økt beredskapslager gir kortere holdbarhet på legemidler i apoteket.

¹ Dette er reseptpliktige, humane legemidler med markedsføringstillatelse. For legemidler på godkjenningsfritak er utviklingen også i degressiv retning, selv om prosenter og kronetillegg er forskjellige, jf. kapittel 5.4

² Gjelder kun reseptpliktige, humane legemidler med markedsføringstillatelse. Kjølevaretillegg innvilges ikke for legemidler på godkjenningsfritak

Myndighetene har ikke noe system for å vurdere om summen av endrete reguleringer og nye lovpålagte oppgaver til apotek gir større eller mindre arbeidsbelastning. Siden 2016 har apotekene fått betydelige økte oppgaver som ikke er finansiert. Det gjelder særlig legemiddelmangel og arbeid med forfalskningsdirektivet, men det er også varslet at apotekene må betale for å bruke 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. Det foreslås her å opprette et teknisk beregningsutvalg for dette, 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 prisjustere trinnprisene for å beholde konkurranse og unngå at legemidlene ikke blir tilgjengelige pga. manglende lønnsomhet. Det blir her foreslått andre endringer som gir kundene sterkere insentiver for å akseptere generisk bytte. Det blir også foreslått å innføre en minstepris på trinnprislegemidler i form av en minste-AIP på 15 kroner pr pakning.

Det blir foreslått å avvikle legemiddeldetaljistavgiften. Ved en fjerning av avgiften kan økningen av avansen på reseptlegemidler som ellers ville følge av andre forslag, reduseres tilsvarende.

Flere arbeidspriser i apotek har stått stille i mange år, og må økes. Dette har ikke stor økonomisk effekt, men er viktig for at betalingen skal samsvare med oppgavene de er betaling for.

2 Oppdrag om pris og apotekavanse

Statens legemiddelverk fikk 12. juni 2019 i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å evaluere apotekavansen og forbedringer i trinnprisreguleringen:

«I henhold til Legemiddelmeldingen skal apotekavansen evalueres hvert fjerde år, og Helse- og omsorgsdepartementet gir med dette Statens legemiddelverk i oppdrag å evaluere apotekavansen innen utløpet av 2020. For å kunne holde en slik tidsplan legges det til grunn at arbeidet med å planlegge evalueringen må starte høsten 2019, herunder avgrensning av hva evalueringen skal omfatte.

Departementet ber også Legemiddelverket utarbeide forslag til hvilke sider ved trinnprisreguleringen som bør evalueres. Oppdraget som ble gitt i tildelingsbrevet for 2019 (om legemidler hvor maksimal AUP er lik trinnpris), kan besvares i samme evaluering.»

Som en del av Legemiddelverkets planlegging ble det avholdt møte med Apotekforeningen 10. oktober 2019. Legemiddelverket orienterte i møtet om utfordringer med hensyn til ressurser hos Legemiddelverket. Det er senere avklart at Legemiddelverket ikke vil begynne med utredningen før sommeren 2020. Av hensyn til at utredningen skal kunne ferdigstilles innen utgangen av året, gir derfor Apotekforeningen i dette dokumentet innspill til Legemiddelverkets utredningsoppdrag.

I brev av 18. mai 2020 presiserer departementet oppdraget, og skriver bl.a.:

«Evalueringen må dekke fordelingen av avanser gjennom hele distribusjonsleddet. (...) Videre skal evalueringen omfatte en beskrivelse av apotekenes overordnede rammevilkår, herunder utviklingen av lønnsomhet i apotekdrift samt utviklingen av apotekenes konkurransesituasjon.

Departementet viser for øvrig til innspillene fra Apotekforeningen, jf. brev til Legemiddelverket fra Apotekforeningen 14. oktober 2019. Departementet ber Legemiddelverket vurdere hvilke av disse innspillene som er relevante for å svare ut oppdraget.»

3 Apotekenes avanseinntekter fra reseptlegemidler

Myndighetene regulerer apotekenes maksimale innkjøpspris og apotekenes maksimale avanse for reseptpliktige legemidler med markedsføringstillatelse (MT). For reseptlegemidler som omsettes på godkjenningfritak regulerer myndighetene kun apotekenes maksimalavanse. Maksimal utsalgspris på reseptpliktige legemidler fastsettes som maksimal innkjøpspris pluss maksimalavanser pluss mva. Begrunnelsen for reguleringen er at normale markeds mekanismer der prisen fastsettes gjennom tilbud og etterspørsel langt på vei ikke kan fungere: Den som kjøper varen (kunden) bestemmer ikke hvilken vare han skal kjøpe (det gjør forskrivende lege), og i de fleste tilfeller er det heller ikke kunden som betaler (det gjør staten gjennom Folketrygden eller helseforetakene).

For de fleste reseptlegemidler har ikke apotekene (og legemiddelgrossistene) noe forhandlingsgrunnlag for å kreve lavere innkjøpspris enn den regulerte maksimalprisen. Apotekene har fullsortimentsplikt, og må levere alle reseptlegemidler som er godkjent for salg. For legemidler uten byttbare alternativer, er apoteket (og legemiddelgrossisten) forpliktet til å kjøpe fra den ene leverandøren som finnes for det enkelte legemiddel.

Den regulerte maksimale apotekavansen er lav. En reseptlegemiddelpakning med MT som ikke er trinnprisregulert har en gjennomsnittlig faktisk AIP på om lag kr 400. Den regulerte maksimale avansen for denne pakningen er mindre enn kr 37³. Samtidig er kundenes prisfølsomhet lav for de fleste legemidler, fordi de selv enten ikke betaler noe (frikort eller H-resept) eller en mindre andel av prisen (blå resept uten frikort). Resultatet er at apotekets faktiske avanse ofte er lik den regulerte maksimale avansen.

Unntaket fra dette er den delen av reseptlegemiddelmarkedet som har generisk konkurranse. Mange av de viktigste legemidlene med generisk konkurranse er regulert av trinnprissystemet. Det meste av legemiddelmarkedet som er åpent for generisk konkurranse og som ikke er trinnprisregulert inneholder gamle og billige legemidler.

For trinnprislegemidler har apotekene ofte høyere avanse enn den regulerte avansen. På dette området er det apotekets plikt å tilby kunden ett merke av en pakning innen hver byttegruppe til en lav trinnpris, men det er opp til apoteket hvilket merke (og leverandør) dette skal være. Apoteket (og legemiddelgrossisten) skal utnytte dette til å forhandle frem lave priser fra leverandør.

Myndighetene har forutsatt at apoteket skal kunne øke sine avanseinntekter gjennom å selge generika fremfor originallegemidler, og slik ha et insentiv til å fremme høy grad av generisk bytte.

Trinnprissystemet er svært viktig for apotekenes økonomi. Apotekene har i gjennomsnitt høyere avanse på en trinnpris pakning enn på en konkurrerende originalpakning, men har også høyere avanse på en trinnpris pakning enn på dyrere pakninger utenfor trinnprissystemet. Apotekenes merinntekt fra trinnprislegemidler har gjort det mulig for myndighetene å fastsette lavere apotekavanse på reseptlegemidler utenfor trinnprissystemet enn de ellers ville ha gjort.

³ Av en avanse på kr 36,76 må apoteket betale kr 1,16 i avgift til staten (0,3 pst av AIP), slik at reell avanse er kr 35,60. Hvis legemidlet har A/B-tillegg eller kjølevaretillegg, er avansen høyere.

Apotekavansen pr pakning av trinnprislegemidler er blitt lavere de siste årene. Fordi stadig flere virkestoff blir inkludert i trinnprissystemet, har likevel apotekenes samlede avanseinntekter fra trinnprislegemidler økt.

I perioden 2016 – 2020 er det gjennomført flere kutt i reguleringen av apotekavansen. Det har gjort at apotekene har vesentlig lavere avanseinntekter på legemidler uten trinnpris enn de ville hatt med den reguleringen og de satsene som var gjeldende i 2016. Samtidig er strukturen endret slik at den alt vesentlige delen av apotekavansen nå er kronetillegg, som ikke blir prisjustert. Det fører til en automatisk reduksjon i apotekenes avanseinntekter fra reseptlegemidler hvert eneste år.

4 Formål og prinsipper for fastsettelse av apotekenes avanse på reseptlegemidler

Det er to kjente hovedprinsipper for regulering og fastsettelse av apotekenes avanse på reseptlegemidler:

- At avansen skal dekke apotekets kostnader ved håndtering av reseptlegemidler. Det vil være en kombinasjon av den tiden som går med til å utlevere reseptlegemidler inkludert rådgivning og informasjon til kunden, før- og etterarbeid som varebestilling, hylleplassering m.v. og oppgjørskrav og administrativt arbeid, samt en andel av apotekets kostnader til bl.a. husleie og IT. I tillegg kommer et påslag som gir en rimelig lønnsomhet.
- Et totaløkonomiperspektiv der avansen fastsettes ut fra apotekenes samlede økonomi, alternativt apotekenes og grossistenes samlede økonomi. Det er uklart hvordan det skal fastsettes et måltall for apotekenes (og grossistenes) samlede økonomi, som kan danne grunnlag for beslutninger om apotekavansen skal justeres opp eller ned.

4.1 Avansen skal dekke apotekets kostnader ved håndtering av reseptlegemidler

Hovedprinsippet bak fastsettelsen av apotekenes avanse på reseptlegemidler er at avansen er betalingen for apotekenes arbeid med reseptlegemidler. Legemiddelverket har beskrevet det slik:

«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.»⁴

Legemiddelverket har i stor grad basert seg på sammenhengen mellom apotekavansen og apotekets kostnader ved å utføre de oppgaver det er pålagt. Det er både brukt som begrunnelse for endringer av avansen i mer degressiv retning, og i vurderingen av konkrete tillegg (sitatene under er alle fra Legemiddelverkets rapport 1.12.2016):

«Kostnaden ved resepthåndteringen/ekspederingen i apoteket avhenger ikke av verdien på legemiddelet.»

«Varer som skal oppbevares kjølig er dyrere å håndtere enn andre varer. (...) Kjølevaretillegget bør være et %-tillegg, ikke et kronetillegg, fordi merkostnaden i liten grad er knyttet til selve ekspederingen.»

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

A-/B-tillegget er også begrunnet i at A-/B-legemidler har høyere kostnader ved håndtering enn andre. Avansen for legemidler med godkjenningsfritak er nylig endret i degressiv retning slik at apotekenes betaling (avanse) blir likere uavhengig av prisen på legemiddelet.

Helse- og omsorgsdepartementet har også pekt på at apotekenes avanse bør gjenspeile apotekets kostnader ved resepthåndtering. I Legemiddelmeldingen fra 2015 skriver departementet bl.a. at

⁴ Legemiddelverkets rapport om apotekavanse 1.12.2016

«En omlegging av apotekavansen med redusert prosenttillegg og økt kronetillegg vil kunne gi en struktur på avansen som bedre gjenspeiler apotekenes faktiske kostnader ved utlevering og salg av legemidler». Videre heter det at «Det er hensiktsmessig at apotekkjedene har en høyere fortjeneste ved salg av byttbare legemidler, slik at de beholder et insitamant for å gjennomføre bytte i apotek, og får kompensert for ekstra arbeid med informasjon og veiledning av pasienten.»⁵

4.1.1 Vurdering av kostnader som grunnlag for avansefastsettelse

Det er komplisert å gi en eksakt beregning av apotekets kostnader ved håndtering av reseptlegemidler. Det er f.eks. svært store forskjeller i hvor lang tid apotekpersonalet bruker på å utlevere et reseptlegemiddel til en kunde, inkludert dialog med kunden og eventuelle råd og veiledning. I sin siste rapport om apotekavansen (1.12.2016) konkluderer Legemiddelverket slik: *«Aktørene er også enige om at det er lite hensiktsmessig med en omfattende og detaljert liste over oppgaver og en tilsvarende detaljert regulering av maksimalavansen.»* Legemiddelverket fant i 2016 ikke grunnlag for å foreslå reduksjoner i apotekavansen på grunnlag av sin rapport om apotekavanse, og mente slik sett at avansen da var på et riktig nivå.

Det er mulig å overordnet vurdere om avansen ser ut til å ligge på et rimelig nivå. Gjennomsnittlig avanse i 2019 for alle reseptlegemiddelpakninger (både markedsførte legemidler og legemidler på godkjenningfritak) er kr 48,67 når alle tillegg er tatt med⁶. Avgrenser vi til markedsførte legemidler, er gjennomsnittlig avanse pr pk kr 47,14⁷. Holdes trinnprislegemidler utenom, er gjennomsnittet kr 42,61⁸. Kostnadene for en apotekansatt er i andre sammenhenger anslått til kr 13,37 pr minutt⁹, mens det er høyere for farmasøyter. Tallene viser at apotekavansen dekker totalt mellom tre og fire minutters arbeid, inkludert før- og etterarbeid (varepåfylling, bestilling, oppgjørskrav, administrativt arbeid m.v.). Sammenligner man størrelsen på apotekavansen med avansenivået i andre nordeuropeiske land, ligger den norske avansen lavt. Anvender man andre lands avansereguleringer på det norske legemiddelforbruket, ville avanser (og priser) stort sett gå opp, selv om lønns- og prisnivået gjennomgående er høyere i Norge enn i de landene vi da sammenligner oss med. Til sammen indikerer dette at nivået på den norske apotekavansen er lavt¹⁰.

Selv om det er vanskelig å finne det eksakt riktige beløpet som tilsvarende apotekets lovpålagte oppgaver og plikter, er det mindre komplisert å vurdere hvilke endringer i kostnader som følger av endrete oppgaver og endrete reguleringer. Hvis apotekenes kostnader ved håndtering av reseptlegemidler skal legges til grunn for fastsettelse av apotekavansen, er det rimelig at både færre og flere oppgaver får konsekvenser for avansenivået. Legemiddelverket skriver det slik i sin siste avanserapport¹¹:

«Når myndighetene vurderer å innføre nye plikter, skal kostnader ved det utredes. Samtidig er det ikke gitt at kostnadene skal kompenseres direkte i apotekavansen. For vi har også

⁵ Meld. St. 28 (2014-2015), Legemiddelmeldingen, side 99

⁶ Se Tabell 3 i kapittel 6.2

⁷ Se Tabell 13 i kapittel 6.2.1

⁸ Se Tabell 13 i kapittel 6.2.1

⁹ Gjeldende beregning for fastsetting av takster for LAR-tjenester er kroner 801,90 per time etter avtale mellom apotek og RHF

¹⁰ Det kan være forskjeller bl.a. i arbeidsoppgaver og lovpålagte plikter mellom land som ikke kommer frem i en så enkel sammenligning.

¹¹ Legemiddelverkets rapport om apotekavanse 1.12.2016

motsatte tilfeller som kan gi lavere kostnader: Innføring av ny teknologi kan effektivisere virksomheten i apotek. Det er apotekene selv som har den beste informasjonen om sitt eget kostnadsbilde.»

Apotekforeningen har i flere brev gitt uttrykk for samme syn: Flere oppgaver skal gi grunnlag for høyere avanse, færre oppgaver skal gi grunnlag for lavere avanse. Summen av endringer er grunnlaget for å endre avansen.

Da Helse- og omsorgsdepartementet sendte forslag til ny e-helselov på høring 28.10.2019, ble det foreslått at apotekene skal betale for bruken av reseptformidleren. Departementet begrunnet dette med at apotekene hadde fått effektiviseringsgevinst av å bruke e-resept, og at kostnadene ved resepthåndtering dermed var blitt lavere:

«Apotek og bandasjisters betaling for e-reseptløsningen bør baseres på virksomhetenes nytte av løsningen.» (...) «Skissen til finansieringsmodell innebærer videre at apotekene og bandasjistene får en plikt til å betale for e-resept. Direktoratet for e-helse har anslått at apotek og bandasjister bør betale 11 prosent av kostnadene til e-resept og at dette i 2020 ville utgjøre om lag 13 mill. kroner. Andelen er basert på en tidligere samfunnsøkonomisk analyse av e-resept»¹²

For å kunne gjøre en riktig justering av apotekavansen er det nødvendig å samle informasjon om hvilke endringer som har skjedd i pålagte oppgaver og reguleringer. Vi kommer senere i denne rapporten tilbake til hvordan det kan gjøres.

Apotek er private bedrifter, som forutsettes å være lønnsomme. En lønnsomhet skal både bidra til å gi avkastning på investert kapital, og gi en økonomisk soliditet som bidrar til stabil drift. En rimelig lønnsomhet kan f.eks. vurderes opp mot lønnsomhetsmarginen i andre faghandelsnæringer i Norge.

4.2 Avansefastsettelse på grunnlag av apotekenes totaløkonomi

Dersom apotekenes avanse på reseptlegemidler skal fastsettes på grunnlag av apotekenes totaløkonomi må det på en eller annen måte fastsettes hva som er en rimelig eller ønsket lønnsomhet for apotek. Det er uklart hvordan staten skal fastsette hva som er riktig lønnsomhet: Om den skal være basert på en gitt margin av omsetningen, en gitt avkastning på investert kapital eller på et annet grunnlag.

Hvis apotekavansen skal fastsettes på grunnlag av apotekenes totaløkonomi uten at det er gjort noen avklaringer om hva som er en rimelig lønnsomhet, vil det ikke være mulig å fastsette avansen på et rasjonelt og etterprøvbart grunnlag. Da vil andre og kortsiktige hensyn, f.eks. til departementets eget budsjett, kunne overstyre alle andre hensyn som skal ligge bak reguleringen. Det vil stride mot Regjeringens næringspolitikk, og vi forutsetter slik at det ikke er tilfelle.

Helse- og omsorgsdepartementet skriver til Legemiddelverket at «Evalueringen må dekke fordelingen av avanser gjennom hele distribusjonsleddet¹³». Det er ikke klart om dette betyr at avansefastsettelsen skal skje på grunnlag av totaløkonomien hos apotek og grossister samlet. I så fall må avklaringen av grunnlag være for apotek- og grossistleddet samlet. Dersom lønnsomheten i grossistleddet er høy, vil det bety at det kan være svært vanskelig å drive apotek som ikke er vertikalt integrert med en fullsortiments legemiddelgrossist. I praksis betyr det at det kan bli svært

¹² Helse- og omsorgsdepartementet: Høringsnotat med forslag til lov om e-helse (e-helseloven) og endringer i forskrift om IKT-standardisering, 28.10.2019

¹³ Tillegg til tildelingsbrev nr. 4 – Evaluering av apotekavansen, 18.5.2020

vanskelig å drive frittstående eller ikke-kjedeeide apotek, og at sykehusapotek oftere vil gå med underskudd.

Et system der avansefastsettelsen skal skje på grunnlag av et fastsatt lønnsomhetsmål eller resultat for apotek eller apotek og grossist samlet kan ha betydelige problemer med insentiveffekter. Hvis lønnsomheten uansett skal være på et gitt nivå, vil ikke det gi insentiver til å redusere kostnader ved driften og til å øke inntektene fra ikke prisregulerte varer og tjenester.

Konkret vil en avansefastsettelse på grunnlag av totaløkonomi måtte ta hensyn til forhold som myndighetene hittil har tatt svært lite hensyn til. Eksempler på forhold som må kompenseres med økt avanse på reseptlegemidler er

- Reduksjoner i apotekenes avanse på medisinsk forbruksmateriell og næringsmidler
- Inklusjon av flere reseptfrie legemidler i LUA-ordningen og reduserte markedsandeler for apotek i salget av reseptfrie legemidler
- Reduserte inntekter fra LAR gjennom reduserte priser til RHF
- Redusert lønnsomhet hos legemiddelgrossistene som følge av utvidelse av H-reseptordningen

I tillegg kommer utviklingen i salg av handelsvarer som ikke er forhandlingspliktige. Økt salg av hudkremer, solkremer o.l. skal gi reduserte avanser på reseptlegemidler, mens redusert salg eller lønnsomhet av de samme varene skal gi økte avanser på reseptlegemidler.

Dersom apotekenes avanse på reseptlegemidler skal fastsettes ut fra apotekenes eller apotekenes og grossistenes totaløkonomi, kreves det et meget betydelig utredningsarbeid for å begrense uønskede effekter, og for å kunne beregne effekter.

4.3 Konklusjon

Det må gjøres et valg om hvilket prinsipp som skal ligge til grunn for å fastsette apotekavanse på reseptlegemidler. Prinsippet om at avansen skal dekke apotekets kostnader ved håndtering av reseptlegemidler pluss lønnsomhet er det prinsippet som er mest i tråd med de mål og effekter som myndighetene ønsker å oppnå. Det er også det prinsippet som er mest forutsigbart både for myndigheter og apotek.

5 Apotekavansen – struktur og satser

5.1 Innledning

Det følger av legemiddelforskriften § 12-3 at Statens legemiddelverk fastsetter maksimal avanse for reseptpliktige legemidler med markedsføringstillatelse.

Følgende maksimale avansesatser for reseptpliktige legemidler med MT har vært gjeldende fra 1. juli 2019:

- Kronetillegg – kroner 29,00 per pakke
- Prosenttillegg – 2,0 % av apotekenes maksimale innkjøpspris
- Kjølevaretillegg – 0,5 % av apotekenes maksimale innkjøpspris
- Tillegg for A- og B-preparater – kroner 19,00 per pakke

Siden 2016 er det gjort flere endringer i apotekavansen. Endringene har gjort apotekavansen mer degressiv, slik at apotekenes fortjeneste i større grad gjenspeiler jobben apotek har med å utlevere legemidler, og i mindre grad er avhengig av legemidlets pris. Endringene er beskrevet i kapittel 5.2 nedenfor.

For mange byttbare legemidler er det fastsatt trinnpris. For legemidler som selges til trinnpris er apotekets avanse normalt høyere enn maksimal apotekavanse. Se nærmere omtalte i kapittel 5.3.

For legemidler uten MT er det fastsatt særskilte avansesatser. Dette er omtalt i kapittel 5.4. Legemiddelverket regulerer også hva apotekene kan ta betalt for anbrudd, delutlevering og enkel istandgjøring/oppløsning av ikke bruksferdige legemidler, se kapittel 5.5. Legemiddeldetaljistsavgiften reduserer i realiteten apotekenes avanse i forhold til regulert maksimalavanse. Avgiften omtales i kapittel 6.6.

Apotektilvirkede og veterinære legemidler er ikke underlagt pris- eller avanseregulering. For apotektilvirkede legemidler kan likevel Legemiddelverket fastsette maksimalpris til apotek (AIP) og fra apotek (AUP) dersom legemidler av særlige hensyn bør prisreguleres. For apotektilvirkede legemidler som refunderes på blå resept fastsettes det ofte en maksimal utsalgspris (refusjonspris).

5.2 Utvikling i apotekenes maksimalavanse

I arbeidet med Legemiddelverkets forrige apotekavanseevaluering i 2016 fremmet Apotekforeningen flere forslag til endringer som siden er gjennomført. Dette gjelder en reduksjon i prosenttillegget kombinert med heving av kronetillegget, innføring av kjølevaretillegg, samt at gevinstdelingsmodellen¹⁴ oppheves. Til og med 2017 besto prosenttillegget av to ulike satser. En høyere for AIP inntil 200 kroner, og en lavere for AIP over 200 kroner. Fra og med 2018 har det kun vært én prosentsats, slik at laveste sats gjelder uavhengig av AIP. Samtidig ble kronetillegget økt fra 25 til 29 kroner, og det ble innført et avansetillegg for kjølevarer. Tabellen nedenfor oppsummerer avansesatsene som har vært gjeldende fra 2016 til 2020.

¹⁴ Gevinstdelingsmodellen innebar at innkjøpspriser for apotek under maksimalpris forpliktet apotek til å gi rabatt ift. maksimal AUP. Opphevet med virkning fra 1. januar 2018, med begrunnelse at dette ga en konkurranseulempe for selvstendige apotek.

Tabell 1

	2016	2017	2018	2019	2020
Prosenttillegg	7,00/2,50 %	7,00/2,25 %	2,25 %	2,00 %	2,00 %
Kronetillegg	25	25	29	29	29
Tillegg for A- og B-preparater	10	15	15	19 ¹⁵	19
Kjølevaretillegg			0,50 %	0,50 %	0,50 %

Fra 2016 til 2019 har prosentavansen (for AIP over 200 kroner) blitt redusert fra 2,5 til 2,0 prosent. Siden 2016 har tillegget for A- og B-preparater økt fra 10 til 19 kroner. Tillegget for A- og B-preparater ble innført i 1994 og var da på 10 kroner. 10 kroner i 1994 tilsvarer litt over 17 kroner i dag.

Samlet har avanseendringene de siste tiårene ført til en vesentlig mer degressiv avanse. Dette har vært begrunnet med at apotekets inntekter fra salg av reseptpliktige legemidler bør reflektere kostnadene og arbeidet apoteket har med ekspedering og utlevering. Dette arbeidet har liten sammenheng med legemidlets pris. Prosentavansen bør være slik at den dekker kapitalkostnader og risiko for svinn, men det er ikke ønskelig at apoteket skal ha økonomiske insentiver i å selge dyre legemidler.

Siden prosenttillegget historisk har utgjort hoveddelen av apotekenes avanseinntekter har prisstigningen automatisk ført til at også apotekenes inntekter for utlevering av reseptlegemidler tidligere har økt i takt med at nye og dyrere legemidler har kommet på markedet. Kronetillegget utgjør nå hoveddelen av apotekenes avanseinntekter, og uten en prisjustering av dette vil inntektene gradvis reduseres.

5.3 Trinnpris

Mange legemidler der det finnes byttbare generiske alternativer får fastsatt en trinnpris. Trinnpris blir fastsatt med utgangspunkt i maksimalprisen (AIP) for legemidlet da det oppsto generisk konkurranse. AIP blir kuttet med en gitt prosentsats¹⁶. Deretter blir det lagt til maksimal apotekavanse og merverdiavgift for å etablere trinnpris (AUP). For nærmere omtale av trinnpris se kapittel 7.

Med unntak av en midlertidig økning¹⁷ i trinnprisene som følge av pandemisituasjonen våren 2020, er det ikke gjort vesentlige endringer i trinnprissystemet siden 2016.

Eneste øvrige endring i trinnprisordningen er innføring av en minste trinnpris (AUP) på 50 kroner fra 1. januar 2018. Hensikten med minsteprisen var å gjøre det mer lønnsomt for generikaleverandører å lansere småpakninger. Minsteprisen på 50 kroner inkl. mva. har liten effekt når kronetillegget i apotekavansen samtidig ble hevet til 29 kroner. Med vanlig apotekavanse vil en AIP på kroner 10,78 gi en AUP på 50 kroner. Minsteprisen har derfor bare betydning når trinnpris-AIP er lavere enn 10,78 kroner. For A- og B-preparater med trinnpris har dagens minstepris ingen effekt.

5.4 Avanse for legemidler på godkjenningfritak

Apotekene har et betydelig merarbeid ved salg av legemidler på godkjenningfritak (legemidler uten MT i Norge). Avansen for slike legemidler er derfor vesentlig høyere enn for legemidler med MT.

¹⁵ Hevet fra 15 til 19 kroner med virkning fra 1. juli 2019

¹⁶ Kuttsetsen varierer fra 59 til 96 prosent avhengig av legemidlets samlede omsetning

¹⁷ Med virkning fra 15. mai til 14. august 2020 ble alle trinnpriser økt tilsvarende en økning i AIP på 7,5 %

Med virkning fra 1. juli 2019 ble det gjort endringer i avansen som innebærer en mer degressiv avanse også for disse legemidler. Prosenttillegget ble redusert fra 25 til 15 prosent, mens kronetillegget ble hevet fra 35 til 75 kroner per pakning.

5.5 Arbeidspriser

Legemiddelverket regulerer også hva apotekene kan ta betalt for anbrudd, delutlevering og enkel istandgjøring/oppløsning av ikke bruksferdige legemidler.

Følgende satser gjelder i 2020:

- Enkel istandgjøring/oppløsning av ikke bruksferdige farmasøytiske spesialpreparater, inkludert eventuelt vann/oppløsningsmiddel, for hver utlevert pakning kr 30,00.
- Ved salg av farmasøytiske spesialpreparater i anbrudd, tas den forholdsmessige prisen på anbruddsmengden ut fra utsalgsprisen (ekskl. mva) for en pakning av passende størrelse med et tillegg på 50 %. I tillegg kan det beregnes et tillegg på kr 25,00 pr pakning. Hvis det ved anbrudd leveres en mengde som svarer til mengden i en markedsført pakningsstørrelse, må det ikke tas høyere pris enn prisen for denne pakningsstørrelsen.
- Delutlevering skjer når kunden kjøper hele pakningen, men apoteket oppbevarer pakningen og deler ut til kunden i porsjoner. Apotek kan ta et gebyr på kr 38,85 for hver gang apoteket deler ut av legemidlet til kunden. Apoteket kan ta dette gebyret for hvert legemiddel som deles ut.

Gjeldende priser for enkel istandgjøring og anbrudd har vært uendret siden 2014, mens satsen for delutlevering er endret i tråd med prisjusteringer som følger av avtalen mellom de regionale helseforetakene og Apotekforeningen om LAR-tjenester i apotek.

5.6 Legemiddeldetaljistavgiften

Legemiddeloven § 18 gir hjemmel for legemiddeldetaljistavgiften. Bestemmelsen lyder slik:

Departementet kan gi forskrift om sektoravgift på salg av legemidler fra grossister og andre som driver engrosomsetning. Grossisten og andre som driver engrosomsetning skal kreve sektoravgiften dekket av legemidlets kjøper. Sektoravgiften skal dekke tilskudd til apotek og Relis, fraktfusjon av legemidler samt myndighetenes utgifter til forvaltning av apotek.

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 2020 har staten lagt til grunn at avgiften vil utgjøre om lag 63 mill. kroner, jf. Prop. 1 S (2019–2020) fra Helse- og omsorgsdepartementet.

5.7 Konklusjon

Avansestrukturen er blitt kraftig endret siden 2016, både for legemidler med og uten markedsføringstillatelse. Den delen av avansen som beregnes i prosent av innkjøpspris er blitt vesentlig mindre, mens faste kronetillegg er blitt helt dominerende. Arbeidsprisene er ikke justert på svært mange år. Det har ikke skjedd vesentlige strukturelle endringer i trinnprisordningen siden 2016.

6 Utviklingen i apotekenes avanseinntekter 2016 – 2019

6.1 Innledning

Dette kapitlet tar opp faktisk salgsstatistikk i apotek i perioden 2016-2020, med data for utvikling i omsetning, priser, salgsvolum og avanser. Avansetallene som presenteres, er faktisk oppnådd avanse i apotek, målt som differansen mellom utsalgspris eksklusive mva og apotekets innkjøpspris. For reseptpliktige legemidler splittes tallene opp i trinnprisede legemidler versus ikke-trinnprisede legemidler. Tallene presenteres også etter resepttype (blå resept, hvit resept, h-resept etc.).

Gjennomgående blir det først presentert nominelle tall. Deretter regnes tallene om til faste 2019-kroner ved bruk av følgende tabell:

Omregning til faste 2019-kroner har kommet i stand ved bruk av følgende tabell¹⁸:

Tabell 2

År	KPI	Multiplikator for faste 2019-kroner
2016	100,0	1,069
2017	101,8	1,050
2018	104,6	1,022
2019	106,9	1,000

6.2 Reseptpliktige legemidler

Dette kapitlet ser bare på legemiddelomsetning som er avanseregulert. Avanseregulert omsetning defineres her som reseptpliktige legemidler med markedsføringstillatelse, og reseptpliktige legemidler på godkjenningsfritak. Det er på disse kategoriene Legemiddelverket fastsetter maksimalavanser for apotek¹⁹. Det gir tabeller som vist under.²⁰

¹⁸ Tall for konsumprisindeks er hentet fra <https://www.ssb.no/statbank/list/kpi>. Disse tallene er normert slik at 2016 = 100. Multiplikator for faste 2019-kroner er indeks for 2019 dividert med indeks det året man vil konvertere til faste 2019-kroner

¹⁹ Trinnprisområdet regnes også som avanseregulert i denne sammenheng, selv om apotek på trinnprisområdet har minimumsavanser. Maksimalavanser gjelder kun for varenumre som selges til maksimalpris i dette segmentet. Veterinære legemidler er her betraktet som maksimalavanseregulert, selv om det ikke er maksimalavanser på disse. Dermed blir regulert avanse 50 – 70 mill kroner høyere enn den egentlig er, avhengig av hvilket år man ser på.

²⁰ Tallene i denne tabellen kan avvike fra senere tabeller fordi senere tabeller kan bygge på andre utvalg. Denne tabellen ser utelukkende på reseptpliktige legemidler med markedsføringstillatelse og reseptpliktige legemidler på godkjenningsfritak.

Tabell 3

Nominelle kroner, kun avanseregulert legemiddelsalg – alle apotek						
År	Oms i mill kr	Avanse i mill kr	Ant mill pk	AUP pr pk	Avanse pr pk	
2016	22 429	2 825	57,98	386,81	48,72	
2017	24 103	2 870	59,32	406,31	48,38	
2018	25 113	2 967	60,36	416,04	49,15	
2019	25 638	3 027	62,21	412,16	48,67	
Årlig vekst	4,6 %	2,3 %	2,4 %	2,1 %	0,0 %	
Vekst i perioden	14,3 %	7,2 %	7,3 %	6,6 %	-0,1 %	

Sum avanse på avanseregulert omsetning har vokst 7,2 prosent i perioden. Avanse pr pakke er nominelt omtrent den samme i 2019 som den var i 2016, ergo er det en realnedgang i avanse pr pakke. Dette til tross for at flere legemidler er inkludert i trinnprissystemet, der apotekene har noe høyere avanse enn for andre reseptpliktige, markedsførte legemidler.

Den samme tabellen i faste 2019-kroner blir:

Tabell 4

Faste 2019-kroner, kun avanseregulert legemiddelsalg – alle apotek						
År	Oms i mill kr	Avanse i mill kr	Ant mill pk	AUP pr pk	Avanse pr pk	
2016	23 988	3 021	58,0	413,70	52,10	
2017	25 314	3 014	59,3	426,72	50,81	
2018	25 669	3 032	60,4	425,25	50,24	
2019	25 638	3 027	62,2	412,16	48,67	
Årlig vekst	2,2 %	0,1 %	2,4 %	-0,1 %	-2,2 %	
Vekst i perioden	6,9 %	0,2 %	7,3 %	-0,4 %	-6,6 %	

Apotekene utleverer altså 7,3 prosent flere pakninger av avanseregulerte legemidler i 2019 enn i 2016, men får 0,2 prosent flere avanssekroner for jobben, målt i faste 2019-kroner. Det er med andre ord en økning i arbeidsmengden og stillstand i avanseinntektene. Avanse pr pakke har reelt sett sunket med 6,6 prosent i perioden, eller 2,2 prosent pr år.

6.2.1 Trinnprisede vs ikke-trinnprisede legemidler

I dette delkapitlet avgrensner vi analysen til humane, reseptpliktige legemidler med markedsføringstillatelse. Tallene avviker derfor noe fra analyser der også legemidler uten markedsføringstillatelse og veterinære legemidler er inkludert, slik som i kapittel 6.2.

Apotekene har bedre forhandlingsposisjon overfor leverandør på trinnprisede legemidler, hvilket gir mulighet for lavere innkjøpriser og høyere avanse. En høyere avanse er nødvendig for å finansiere innsatsen apotekene gjør for å få kundene til å akseptere generiske bytter til det billigste blant likeverdige alternativer.

Trinnprisområdet utgjør en relativt liten del av samlet omsetning i apotek, men er en vesentlig andel av samlet antall avanssekroner fra reseptpliktige legemidler med markedsføringstillatelse.

Trinnprisprodukters andel av omsetning, avanse og antall pakninger har utviklet seg som følger:

Tabell 5

Trinnprisområdet som andel av alle reseptpliktige legemidler med markedsføringstillatelse			
	Omsetning	Avanse	Ant pk
2016	14,9 %	39,3 %	33,9 %
2017	14,7 %	41,1 %	34,7 %
2018	15,3 %	42,6 %	36,0 %
2019	15,3 %	42,2 %	36,0 %
Endring i perioden	0,4 %	2,9 %	2,1 %

Trinnprisområdet utgjør ca 15 prosent av omsetningsverdien, men 36 prosent av volumet, og 42 prosent av avansekrone. Dette gjør apotekene sårbare for endringer innenfor det som i dag er trinnprisområdet. Siden en så stor andel av avansekrone kommer fra en så liten andel av salgsvolumet, vil endringer i trinnprisområdet være det området som relativt sett gir størst utslag i apotekenes økonomi. Eventuelle innsparingstiltak på trinnprisområdet, vil berøre 15 prosent av omsetningsverdien, og 42 prosent av apotekenes avanse. Årsaken til at apotekene har en høy andel avansekrone fra trinnprissystemet, er at apotekene har forhandlingsmakt overfor leverandør i dette segmentet, og at maksimalavansene i dette systemet er å regne som minimumsavanser. Meravansen apotekene har i dette segmentet, fungerer som insentiv til å bruke tid på å få pasientene til å akseptere generisk bytte. Prisreduksjoner på trinnprisområdet vil kunne ha mer dramatiske konsekvenser for apotekene enn prisreduksjoner utenfor trinnprisområdet.

Tallene bak prosentene fremkommer av tabellene nedenfor:

Tabell 6

Omsetning i nominelle kroner – alle apotek			
	Ikke trinnpriset	Trinnpriset	Totalsum
2016	18 231	3 190	21 421
2017	19 711	3 387	23 098
2018	20 332	3 667	23 999
2019	20 725	3 758	24 483
Årlig vekst	4,4 %	5,6 %	4,6 %
Vekst i perioden	13,7 %	17,8 %	14,3 %

I tråd med tidligere systematikk, blir tallene i faste 2019-kroner slik:

Tabell 7

Omsetning i faste 2019-kroner – alle apotek			
	Ikke trinnpriset	Trinnpriset	Totalsum
2016	19 498	3 412	22 910
2017	20 701	3 557	24 258
2018	20 782	3 748	24 531
2019	20 725	3 758	24 483
Årlig vekst	2,1 %	3,3 %	2,2 %
Vekst i perioden	6,3 %	10,1 %	6,9 %

I faste 2019-kroner er det høyere omsetningsvekst i prosent i trinnprisområdet enn utenfor trinnprisområdet, men målt i kroner er veksten utenfor trinnprisområdet over 3,5 ganger så høy som

innenfor trinnprismrådet – opp 1 227 millioner faste 2019-kroner versus opp 346 millioner faste 2019-kroner.

Tabell 8

Avanse, nominelle kroner – alle apotek			
	Ikke trinnpriset	Trinnpriset	Totalsum
2016	1 610	1 041	2 651
2017	1 587	1 107	2 694
2018	1 590	1 182	2 772
2019	1 630	1 188	2 818
Årlig vekst	0,4 %	4,5 %	2,1 %
Vekst i perioden	1,2 %	14,2 %	6,3 %

Totalt antall avansekrone holder ikke tritt med konsumprisindeksen, hvilket blir mer tydelig i faste 2019-kroner:

Tabell 9

Avanse, faste 2019-kroner – alle apotek			
	Ikke trinnpriset	Trinnpriset	Totalsum
2016	1 722	1 113	2 835
2017	1 667	1 163	2 829
2018	1 625	1 208	2 833
2019	1 630	1 188	2 818
Årlig vekst	-1,8 %	2,2 %	-0,2 %
Vekst i perioden	-5,4 %	6,8 %	-0,6 %

Tabellen viser at det har vært en negativ realvekst totalt sett, til tross for en realvekst i avansekrone i trinnprismrådet. Antall avansekrone utenfor trinnprissystemet har sunket med 92 mill faste 2019-kroner, mens avansekrone har økt med 75 mill kroner innenfor trinnprismrådet, hvilket gir en netto avansereduksjon over fireårsperioden på -17 mill faste 2019-kroner. Tabellen tar ikke hensyn til endringer i antall solgte pakninger.

Tabell 10

Antall mill pakninger			
	Ikke trinnpriset	Trinnpriset	Totalsum
2016	37,0	18,9	55,9
2017	37,3	19,8	57,1
2018	37,1	20,9	58,0
2019	38,2	21,5	59,8
Årlig vekst	1,1 %	4,4 %	2,3 %
Vekst i perioden	3,5 %	13,7 %	7,0 %

Antall solgte pakninger vokser mer enn antall avansekrone. Det er derfor naturlig å se på priser og avanser pr pakke.

Tabell 11

AUP pr pk, nominelle kroner			
	Ikke trinnpriset	Trinnpriset	Totalsum
2016	493,23	168,54	383,26
2017	527,88	171,06	404,24
2018	547,51	175,40	413,47
2019	541,85	174,54	409,55
Årlig vekst	3,2 %	1,2 %	2,2 %
Vekst i perioden	9,9 %	3,6 %	6,9 %

Det har vært vekst i nominelle priser. I faste 2019-priser gir dette følgende:

Tabell 12

AUP pr pk, faste 2019-kroner			
	Ikke trinnpriset	Trinnpriset	Totalsum
2016	527,51	180,25	409,89
2017	554,40	179,65	424,55
2018	559,63	179,28	422,63
2019	541,85	174,54	409,55
Årlig vekst	0,9 %	-1,1 %	0,0 %
Vekst i perioden	2,7 %	-3,2 %	-0,1 %

Den prosentuelle prisnedgangen innenfor trinnprissystemet er større enn prisøkningen utenfor trinnprissystemet. Målt i antall kroner pr pakke er økningen utenfor trinnprissystemet større enn reduksjonen innenfor trinnprissystemet: + 14,34 faste 2019-kroner versus -5,71 faste 2019-kroner. Tallene må tolkes med forsiktighet, fordi det strengt tatt ikke er bare prisendringer som er målt i disse tallene, men også forbruksvridning og volumendringer, ettersom AUP pr pk er definert som omsetning delt på antall pakninger.

I denne rapporten er avanser viktigere enn priser. Avanse pr pakke har utviklet seg som følger:

Tabell 13

Avanse pr pk, nominelle kroner			
	Ikke trinnpriset	Trinnpriset	Totalsum
2016	43,56	54,97	47,43
2017	42,50	55,92	47,15
2018	42,81	56,53	47,75
2019	42,61	55,19	47,14
Årlig vekst	-0,7 %	0,1 %	-0,2 %
Vekst i perioden	-2,2 %	0,4 %	-0,6 %

Allerede her er det klart at realverdien av avanse pr pakke har sunket i begge segmenter, hvilket blir tydelig når avanse pr pk regnes om til faste 2019-kroner.

Tabell 14

Avanse pr pk, faste 2019-kroner			
	Ikke trinnpriset	Trinnpriset	Totalsum
2016	46,59	58,79	50,72
2017	44,64	58,73	49,52
2018	43,75	57,78	48,81
2019	42,61	55,19	47,14
Årlig vekst	-2,9 %	-2,1 %	-2,4 %
Vekst i perioden	-8,5 %	-6,1 %	-7,1 %

Avanse pr pk i faste 2019-kroner årlig faller omtrent med samme prosent som inflasjonen. Kombinasjonen av at avanse i stor grad består av faste kronepåslag på innkjøpspris, sammen med manglende prisjustering av disse faste påslagene, bidrar til å forklare dette. Målt i faste 2019-kroner pr pakke, er avansen pr pakke redusert både utenfor og innenfor trinnprissystemet i perioden 2016-2019. Målt i faste 2019-kroner har avanse i gjennomsnitt falt med 3,58 kr pr pakke.

6.2.2 Avanse etter resepttype

I det følgende deles det avanseregulerte legemiddelsalg inn etter resepttype. Resepttypene aggregeres til folketrygd, h-resept, hvit resept, annen resept²¹ og ikke-resept. I ikke-resept finnes ordresalg (salg til sykehus, sykehjem m.v.). Ikke-avanseregulert salg holdes utenom. Dermed faller reseptfrie legemidler forskrevet på blå resept utenom.

Hvis vi starter ut med omsetningsverdi i millioner nominelle kroner, kan vi sette opp følgende tabell

Tabell 15

Omsetning, nominelle kroner – avanseregulert legemiddelsalg – alle apotek						
	Folketrygd	H-resept	Hvit resept	Annen resept	Ikke resept	Totalsum
2016	11 650	3 286	3 165	318	4 010	22 429
2017	11 916	4 158	3 166	380	4 483	24 103
2018	11 717	4 848	3 144	415	4 988	25 113
2019	11 350	5 528	3 297	423	5 040	25 638
Årlig vekst	-0,9 %	18,9 %	1,4 %	10,0 %	7,9 %	4,6 %
Vekst i perioden	-2,6 %	68,2 %	4,2 %	33,1 %	25,7 %	14,3 %

²¹ Annen resept er samlebetegnelse for veterinærresepter, resepter til vernepliktige, og andre refusjonsgivende instanser

I faste 2019-kroner blir tabellen

Tabell 16

Omsetning, faste 2019-kroner – avanseregulert legemiddelsalg – alle apotek						
	Folketrygd	H-resept	Hvit resept	Annen resept	Ikke resept	Totalsum
2016	12 460	3 515	3 384	340	4 289	23 988
2017	12 515	4 367	3 325	399	4 708	25 314
2018	11 977	4 955	3 214	424	5 099	25 669
2019	11 350	5 528	3 297	423	5 040	25 638
Årlig vekst	-3,1 %	16,3 %	-0,9 %	7,6 %	5,5 %	2,2 %
Vekst i perioden	-8,9 %	57,3 %	-2,6 %	24,4 %	17,5 %	6,9 %

Det er helt åpenbart at den største veksten i markedet skjer på legemidler i h-reseptordningen. Økningen i h-resept målt i kroner fra 2016 til 2019 er på hele 2 242 mill kroner av total vekst på 3 209 mill kroner. Blåreseptomsetningen er redusert med 300 mill kroner. Vi legger også merke til at det er en vekst på 1 030 mill kroner i ikke-reseptmarkedet. Dette er typisk produkter som brukes i sykehus og andre institusjoner. Blåreseptandelen har sunket fra 52 prosent til 44 prosent i perioden.

Utviklingen i apotekenes avanse er annerledes enn for omsetningen.

Avanse i nominelle kroner:

Tabell 17

Avanse, nominelle kroner – avanseregulert legemiddelsalg - alle apotek						
	Folketrygd	H-resept	Hvit resept	Annen resept	Ikke resept	Totalsum
2016	1 598	78	801	61	287	2 825
2017	1 617	92	790	78	293	2 870
2018	1 647	109	812	85	313	2 967
2019	1 656	111	852	82	326	3 027
Årlig vekst	1,2 %	12,5 %	2,1 %	10,3 %	4,4 %	2,3 %
Vekst i perioden	3,6 %	42,6 %	6,5 %	34,1 %	13,7 %	7,2 %

Selv om blåreseptomsetningen både i nominelle og faste 2019-kroner har gått ned, har apotekenes avanse gått opp i nominelle kroner, men ned i faste 2019-kroner:

Tabell 18

Avanse, faste 2019-kroner – avanseregulert legemiddelsalg - alle apotek						
	Folketrygd	H-resept	Hvit resept	Annen resept	Ikke resept	Totalsum
2016	1 709	83	856	65	307	3 021
2017	1 699	96	830	82	307	3 014
2018	1 684	111	830	87	320	3 032
2019	1 656	111	852	82	326	3 027
Årlig vekst	-1,1 %	10,1 %	-0,2 %	7,8 %	2,0 %	0,1 %
Vekst i perioden	-3,1 %	33,3 %	-0,5 %	25,4 %	6,3 %	0,2 %

Vi ser at økningen i avansekrone fra h-resept (28 mill) er mindre enn bortfallet av avansekrone fra blåresept (-53 mill), målt i faste 2019-kroner. Sum avansekrone er økt med 6 mill kroner i faste 2019-kroner.

Vi kan få et inntrykk av utviklingen i arbeidsmengde knyttet til de ulike resepttypene ved å se på antall pakninger solgt.

Tabell 19

	Ant mill pakninger					Totalsum
	Folketrygd	H-resept	Hvit resept	Annen resept	Ikke resept	
2016	30,5	0,3	19,3	1,3	6,5	58,0
2017	31,8	0,4	19,1	1,4	6,6	59,3
2018	32,8	0,5	18,9	1,5	6,6	60,4
2019	34,1	0,7	19,3	1,5	6,6	62,2
Årlig vekst	3,8 %	25,1 %	0,0 %	6,5 %	0,3 %	2,4 %
Vekst i perioden	11,7 %	95,8 %	0,0 %	20,7 %	1,0 %	7,3 %

Det er en vekst i antall pakninger som er langt sterkere enn veksten i avanse.

Vi kan også se på utviklingen i AUP pr pakke etter resepttype:

Tabell 20

	AUP pr pk, nominelle kroner – alle apotek					Totalsum
	Folketrygd	H-resept	Hvit resept	Annen resept	Ikke resept	
2016	381,81	9 811,73	163,69	248,19	614,80	386,81
2017	374,57	10 432,09	165,81	264,70	681,00	406,31
2018	356,95	9 104,58	166,34	269,93	760,14	416,04
2019	332,98	8 428,41	170,56	273,66	765,12	412,16
Årlig vekst	-4,5 %	-4,9 %	1,4 %	3,3 %	7,6 %	2,1 %
Vekst i perioden	-12,8 %	-14,1 %	4,2 %	10,3 %	24,4 %	6,6 %

Nedgangen i gjennomsnittlig pakningspris på blå resept er rimelig å knytte til to forhold:

- En del av de dyre blåreseptpakningene er overført til H-resept
- Flere virkestoff er inkludert i trinnprisordningen, og noen virkestoff har fått økte kuttsatser.

Nedgangen i gjennomsnittlig pakningspris på H-resept er rimelig å knytte til

- Lavere anbudspriser på mange H-resept-legemidler
- De legemidlene som er overført fra blåreseptordningen har lavere priser enn gjennomsnittlige priser på H-reseptlegemidler

Hvis man slår sammen h-reseptomsetningen og blåreseptomsetningen, har gjennomsnittsprisen økt fra 484,19 kr pr pk til 485,81 kroner pr pk i nominelle kroner.

Ikke-resept er dominert av ordresalg til sykehus. Det er rimelig å anta at nye og dyre legemidler er en viktig del av forklaringen på økningen i gjennomsnittspris her.

I tråd med systematikken tidligere i dokumentet, settes tabellen opp i faste 2019-kroner.

Tabell 21

AUP pr pk, faste 2019-kroner – alle apotek						
	Folketrygd	H-resept	Hvit resept	Annen resept	Ikke resept	Gj.snitt alle pk
2016	408,34	10 493,62	175,07	265,44	657,53	413,70
2017	393,39	10 956,17	174,14	277,99	715,22	426,72
2018	364,86	9 306,15	170,02	275,91	776,97	425,25
2019	332,98	8 428,41	170,56	273,66	765,12	412,16
Årlig vekst	-6,6 %	-7,0 %	-0,9 %	1,0 %	5,2 %	-0,1 %
Vekst i perioden	-18,5 %	-19,7 %	-2,6 %	3,1 %	16,4 %	-0,4 %

Gjennomsnittspakningen har gått ned 1,54 kroner i pris, målt i faste 2019-kroner.

Gjennomsnittsprisen for h-reseptordningen og blåreseptordningen i sum er gått ned fra 517,84 til 485,81 kroner, dvs 32,03 kr pr pakke, målt i faste 2019-kroner. Dette tilsvarer en årlig prisreduksjon på 2,1 prosent, og en samlet prisreduksjon over perioden på 6,2 prosent.

Fra et apotekperspektiv, er avanse pr pakke mer interessant enn prisen pr pakke. Siden en del av avansen er prosentpåslag pr pakke, og pris pr pakke har gått ned, er det rimelig å forvente å finne redusert avanse pr pakke for blåresepter og h-resepter.

Tabell 22

Avanse pr pk, nominelle kroner – alle apotek						
	Folketrygd	H-resept	Hvit resept	Annen resept	Ikke resept	Totalsum
2016	52,38	232,99	41,41	47,65	43,96	48,72
2017	50,84	229,86	41,38	54,40	44,47	48,38
2018	50,18	204,72	42,98	55,48	47,66	49,15
2019	48,58	169,60	44,09	52,94	49,47	48,67
Årlig vekst	-2,5 %	-10,0 %	2,1 %	3,6 %	4,0 %	0,0 %
Vekst i perioden	-7,3 %	-27,2 %	6,5 %	11,1 %	12,5 %	-0,1 %

Reduksjonen i avanse pr pakke for h-resepter er ekstrem. Setter vi opp tabellen i faste 2019-kroner blir det enda mer ekstremt:

Tabell 23

Avanse pr pk, faste 2019-kroner – alle apotek						
	Folketrygd	H-resept	Hvit resept	Annen resept	Ikke resept	Totalsum
2016	56,02	249,18	44,29	50,96	47,02	52,10
2017	53,40	241,41	43,46	57,13	46,70	50,81
2018	51,29	209,25	43,93	56,71	48,72	50,24
2019	48,58	169,60	44,09	52,94	49,47	48,67
Årlig vekst	-4,6 %	-12,0 %	-0,1 %	1,3 %	1,7 %	-2,2 %
Vekst i perioden	-13,3 %	-31,9 %	-0,4 %	3,9 %	5,2 %	-6,6 %

Apotekavanse pr pakke har sunket med 3,44 faste 2019-kroner i perioden.

Apotekmarginen – avanse som andel av utsalgspris – har for H-reseptpakninger sunket fra 2,37 prosent i 2016 til 2,00 prosent i 2019, målt i faste 2019-kroner. Dette betyr at marginen i mye mindre grad enn før gir rom for svinn. Apotek må selge mange flere pakker for å dekke opp igjen tap ved en ikke-avhentet pakke som ikke kan returneres til grossist eller selges til annen kunde. Risikoen

for tap kan være større for H-reseptpakninger enn for andre, fordi dette ofte er pakninger med høy pris og lavt volum.

Selv om vi slår sammen blåreseptordningen og h-reseptomsetningen, har AUP pr pakke for disse gått ned med 32,03 faste 2019-kroner i perioden. Dette tilsvarer en årlig reduksjon på 2,1 prosent, og en samlet reduksjon i perioden på 6,2 prosent.

6.3 Primærapotek og sykehusapotek

Det vil føre for langt å gjenta alle de foregående delkapitlene for sykehusapotek og primærapotek separat. Det presenteres her noen hovedtall for utviklingen i primærapotek versus i sykehusapotek for avanse på reseptpliktige legemidler.

Avanse pr pakke går ned i faste 2019-kroner, både i primærapotek og i sykehusapotek.

Avgrenser vi til avanseregulert omsetning²², blir utviklingen i avanse pr pakke som følger:

Tabell 24

Avanse pr pk - nominelle kroner			
	Primærapotek	Sykehusapotek	Totalsum
2016	46,08	70,76	48,72
2017	45,63	71,66	48,38
2018	46,59	71,22	49,15
2019	46,53	67,40	48,67
Årlig vekst	0,3 %	-1,6 %	0,0 %
Vekst i perioden	1,0 %	-4,8 %	-0,1 %

Omregnet til faste 2019-kroner blir tabellen:

Tabell 25

Avanse pr pk i faste 2019-kroner			
	Primærapotek	Sykehusapotek	Totalsum
2016	49,29	75,68	52,10
2017	47,92	75,26	50,81
2018	47,63	72,80	50,24
2019	46,53	67,40	48,67
Årlig vekst	-1,9 %	-3,8 %	-2,2 %
Vekst i perioden	-5,6 %	-10,9 %	-6,6 %

6.4 Utviklingen i apotekenes inntekter fra annet salg enn reseptlegemidler

Det fremste prinsippet som ligger til grunn for å fastsette apotekenes avanse på reseptpliktige legemidler skal være at avansen skal dekke apotekenes kostnader ved resepthåndtering, med tillegg av et påslag for en rimelig lønnsomhet, jfr kapittel 4.1. Denne rapporten tar likevel for seg apotekenes inntekter på andre produkt- og tjenesteområder.

Apotekenes inntekter fra andre varer og tjenester kan grovt deles i to

²² Trinnprisområdet regnes også som avanseregulert i denne sammenheng, selv om apotek på trinnprisområdet har minimumsavanser. Maksimalavanser gjelder kun for varenumre som selges til maksimalpris i dette segmentet. Veterinære legemidler er her betraktet som maksimalavanseregulert, selv om det ikke er maksimalavanser på disse. Dermed blir regulert avanse 50 – 70 mill kroner høyere enn den egentlig er, avhengig av hvilket år man ser på.

- Varer og tjenester som er offentlig prisregulert og/eller offentlig finansiert
- Varer og tjenester som selges i konkurranse med andre salgskanaler, og som ikke er prisregulert

Til den første gruppen hører medisinsk forbruksmateriell og næringsmidler, samt tjenester som bl.a. inhalasjonsveiledning og medisinstart. Til den andre gruppen hører reseptfrie legemidler og handelsvarer. Det er mer rimelig å ta hensyn til andre varer og tjenester som er offentlig prisregulert enn til varer og tjenester som selges i et fritt konkurransemarked.

6.5 Reseptfrie legemidler

Reseptfrie legemidler har utviklet seg slik:

Tabell 26

	Nominelle kroner			
	Omsetning	Avanse	Avanse pr pk	Ant mill pk
2016	2 555	1 101	46,36	23,8
2017	2 723	1 168	48,83	23,9
2018	2 789	1 200	51,40	23,4
2019	2 901	1 239	53,25	23,3
Årlig vekst	4,3 %	4,0 %	4,7 %	-0,7 %
Vekst i perioden	13,5 %	12,5 %	14,9 %	-2,1 %

Omregnet til faste 2019-kroner blir tallene slik:

Tabell 27

	Faste 2019-kroner			
	Omsetning	Avanse	Avanse pr pk	Ant mill pk
2016	2 733	1 178	49,58	23,8
2017	2 860	1 227	51,29	23,9
2018	2 850	1 227	52,54	23,4
2019	2 901	1 239	53,25	23,3
Årlig vekst	2,0 %	1,7 %	2,4 %	-0,7 %
Vekst i perioden	6,1 %	5,2 %	7,4 %	-2,1 %

Antall pakninger solgt synker, mens avansen øker. Vi har ikke undersøkt i hvor stor grad dette skyldes forbruksvridning. For de mest solgte reseptfrie legemidlene, som også selges utenom apotek, taper apotek markedsandeler. Dette er i hovedsak legemidler med lavere pris enn gjennomsnittet. Det er rimelig å anta at dette påvirker gjennomsnittlig pakningspris og avanse pr pakning i apotek.

6.6 Handelsvarer

6.6.1 Innledning

I tillegg til legemidler, selger apotek det man kaller handelsvarer. Det kan være solkrem, plaster, medisinsk forbruksmateriell etc. Med unntak av når slikt salg skjer på blå resept, er det ingen avansereguleringer. Ved salg av medisinsk forbruksmateriell på blå resept, er apoteket underlagt

maksimale refusjonspriser, basert på leverandørpris tillagt antatt grossistavanse og det myndighetene mener er en passende apotekavanse.

6.6.2 Alle handelsvarer

Nedenfor er omsetning og avanse i nominelle og faste 2019-kroner for alle handelsvarer.

Tabell 28

	Nominelle kroner		Faste 2019-kroner	
	Omsetning	Avanse	Omsetning	Avanse
2016	6 562	2 254	7 018	2 411
2017	6 852	2 349	7 196	2 467
2018	7 143	2 459	7 302	2 514
2019	7 311	2 512	7 311	2 512
Årlig vekst	3,7 %	3,7 %	1,4 %	1,4 %
Vekst i perioden	11,4 %	11,4 %	4,2 %	4,2 %

6.6.3 Medisinsk forbruksmateriell på blå resept

De senere år har myndighetene kuttet avanser på dette området flere ganger. Dette kapitlet ser på hvordan omsetning og avanse har utviklet seg på blåreseptomsetningen i dette segmentet. Tallene som presenteres, er faktisk oppnådd avanse i apotek, målt som differanse mellom omsetning eksklusive mva fratrukket innkjøpsverdien. Det betyr at eventuelle rabatter som er større enn HELFO har lagt til grunn ved fastsettelse av refusjonspriser, er med i våre avansetall.

Utviklingen i nominelle kroner ser ut som følger:

Tabell 29

	Nominelle kroner			
	Oms i mill kr	Kostverdi i mill kr	Avanse i mill kr	Ant mill pk
2016	1 834	1 108	384	11,8
2017	2 025	1 229	417	13,2
2018	2 128	1 301	431	14,3
2019	2 183	1 348	431	15,1
Årlig vekst	6,0 %	6,8 %	3,9 %	8,6 %
Vekst i perioden	19,0 %	21,7 %	12,1 %	27,9 %

Både volumet, omsetningen og kostverdien (apotekenes innkjøpsverdi) stiger mer enn avansen. Omregnet til faste 2019-kroner blir tallene slik:

Tabell 30

	Faste 2019-kroner			
	Oms i mill kr	Kostverdi i mill kr	Avanse i mill kr	Ant mill pk
2016	1 962	1 185	411	11,8
2017	2 127	1 291	438	13,2
2018	2 175	1 330	440	14,3
2019	2 183	1 348	431	15,1
Årlig vekst	3,6 %	4,4 %	1,6 %	8,6 %
Vekst i perioden	11,3 %	13,8 %	4,8 %	27,9 %

Apotekene i 2019 får 20 mill 2019-kroner mer i avanse enn i 2016, men må håndtere 3,3 mill flere pakninger.

Brutt ned på pakningsnivå blir utviklingen slik:

Tabell 31

	Nominelle kroner		
	AUP pr pk	AIP pr pk	Avanse pr pk
2016	155,07	93,66	32,49
2017	153,18	93,01	31,54
2018	148,36	90,71	30,03
2019	144,24	89,08	28,44
Årlig vekst	-2,4 %	-1,7 %	-4,3 %
Vekst i perioden	-7,0 %	-4,9 %	-12,5 %

Nominell avanse pr pakke har falt hvert eneste år.

Omregnet til faste 2019-kroner blir tallene slik:

Tabell 32

	Faste 2019-kroner		
	AUP pr pk	AIP pr pk	Avanse pr pk
2016	165,85	100,17	34,75
2017	160,87	97,68	33,13
2018	151,65	92,73	30,70
2019	144,26	89,08	28,45
Årlig vekst	-4,5 %	-3,8 %	-6,4 %
Vekst i perioden	-13,0 %	-11,1 %	-18,1 %

6.6.4 Handelsvarer som ikke er medisinsk forbruksmateriell på blå resept

Ved å se på differansen mellom tallene i de to foregående kapitlene, får man omsetning av handelsvarer rensket for varer med refusjonspriser.

Tabell 33

	Nominelle kroner		Faste 2019-kroner	
	Omsetning	Avanse	Omsetning	Avanse
2016	4 728	1 870	5 056	2 000
2017	4 827	1 932	5 069	2 029
2018	5 015	2 028	5 127	2 074
2019	5 128	2 081	5 128	2 081
Årlig vekst	2,7 %	3,6 %	0,5 %	1,3 %
Vekst i perioden	8,5 %	11,3 %	1,4 %	4,1 %

Tabellen viser at utviklingen er svak, men at avansen utvikler seg marginalt bedre enn omsetningen. Apotekene har samlet sett 81 mill mer i avanse i 2019 enn i 2016, målt i 2019-kroner. Det er her ikke tatt hensyn til endring i pakningssalget.

Det er ingen regulatoriske begrensninger på pris eller volum i dette segmentet. Når tallene likevel viser svak utvikling, kan det tyde på at konkurransesituasjonen bremser vekst i omsetning og avanse.

6.7 Annet

6.7.1 Tjenester i apotek

Siden 2016 er det kommet statlig finansierte tjenester i apotek. I tillegg har det kommet privatfinansiert vaksinerings i apotek.

Inhalasjonsveiledning ble innført som offentlig finansierte tjeneste i 2016. I 2018 fulgte medisinstart. Tjenester for LAR-brukere i apotek finansieres av helseforetakene. Disse tjenestene ble standardisert og avtalefestet mellom RHF og apotek 1. juni 2017. LAR-tjenester ble utført også før 2017, men etter lokale avtaler og uten prisregulering. Prisnivået på tjenestene gikk ned da de ble avtalefestet og standardisert.

Apotekene innførte i 2019 vaksinerings som en bransjefelles tjeneste. Enkelte apotek utfører også privatfinansierte tjenester. Det foreligger ingen samlet oversikt over disse.

Tabell 34

Omsetning i 2019		
Tjeneste	Finansieringstype	2019
Inhalasjonsveiledning	Offentlig finansierte	5,9
Medisinstart	Offentlig finansierte	2,4
LAR	Offentlig finansierte	55,7
Vaksinerings	Privatfinansiert	7,2
Totalsum		71,3

6.7.2 Andre varer

I Farmalogs legemiddelstatistikk deles omsetningen inn i fire kategorier: Reseptpliktige legemidler, reseptfrie legemidler, handelsvarer og andre varer. Hittil har vi sett på de tre første kategoriene. I kategorien «Andre varer» finner vi det som ikke umiddelbart kan anses som hjemmehørende i de tre første kategoriene. Eksempler kan være tjenester sykehusapotek utfører for sykehuset, andre tjenester som medisinstart, vaksiner satt i apotek, apotekproduserte legemidler etc.

Omsetning av produkter i kategorien «Andre varer» har økt sterkt de senere år. Siden dette salget ikke nødvendigvis skjer i pakninger, er det misvisende å snakke om pris pr pakning. Likeledes blir det misvisende å snakke om avanse, da avanse er definert som påslag på innkjøpspris, og tjenester ikke har noen registrert innkjøpspris. I kapittel 6.8 redegjorde vi for alt salg i apotek. Det inkluderer avanse fra også «Andre varer».

I dette kapitlet ser vi på omsetning og avanse, slik at man kan trekke disse størrelsene ut av tabellene i kapittel 6.8.

Tabell 35

	Primærapotek		Nominelle kroner Sykehusapotek		Sum alle apotek	
	Oms i mill kr	Avanse i mill kr	Oms i mill kr	Avanse i mill kr	Oms i mill kr	Avanse i mill kr
2016	598	151	466	200	1 064	351
2017	645	169	480	191	1 126	360
2018	716	196	635	218	1 351	414
2019	728	271	785	269	1 513	540
Årlig vekst	6,8 %	21,6 %	19,0 %	10,4 %	12,4 %	15,4 %
Vekst i perioden	21,7 %	79,6 %	68,3 %	34,5 %	42,1 %	53,9 %

Vi ser at den prosentuelle veksten på dette området er vesentlig større enn på de andre områdene. Sykehusapotekene har over halvparten av dette markedet. Regnet om til faste 2019-kroner blir tabellen:

Tabell 36

	Primærapotek		Faste 2019-kroner Sykehusapotek		Sum alle apotek	
	Oms i mill kr	Avanse i mill kr	Oms i mill kr	Avanse i mill kr	Oms i mill kr	Avanse i mill kr
2016	639	161	499	214	1 138	375
2017	678	178	504	201	1 182	378
2018	731	200	650	222	1 381	423
2019	728	271	785	269	1 513	540
Årlig vekst	4,4 %	18,9 %	16,3 %	7,9 %	9,9 %	12,9 %
Vekst i perioden	13,8 %	67,9 %	57,4 %	25,8 %	32,9 %	43,9 %

Omsetningsveksten har vært sterkest i sykehusapotek. Alle tall må tolkes med forsiktighet, da det kan være uensartet innhold bak tallene – en miks av varer og tjenester.

6.8 Alt salg

I dette kapitlet inkluderes all omsetning i apotek, både legemidler og ikke-legemidler.

Apotekenes avanseinntekter har steget mindre enn apotekenes samlede omsetning. Det betyr at apotekenes avanse utgjør en stadig mindre del av omsetningen. Dette gjelder alt salg i apotek, også ikke-avanseregulert salg.

Tabell 37

Nominelle kroner, all omsetning – alle apotek					
År	Oms i mill kr	Avanse i mill kr	Ant mill pk	AUP pr pk	Avanse pr pk
2016	32 844	6 558	155,1	211,81	42,29
2017	35 048	6 782	159,3	220,05	42,58
2018	36 639	7 075	164,8	222,28	42,92
2019	37 641	7 357	168,5	223,45	43,68
Årlig vekst	4,6 %	3,9 %	2,8 %	1,8 %	1,1 %
Vekst i perioden	14,6 %	12,2 %	8,6 %	5,5 %	3,3 %

Dette er nominelle kroner. Årlig vekst i avanse pr pk er lavere enn veksten i konsumprisindeksen, hvilket betyr realavansenedgang pr pk. Regnet om til faste 2019-kroner, blir tabellen:

Tabell 38

Faste 2019-kroner, all omsetning – alle apotek					
År	Oms i mill kr i faste 2019-kr	Avanse i faste 2019-kr	Ant mill pk	AUP pr pk i faste 2019-kr	Avanse pr pk i faste 2019-kroner
2016	35 127	7 014	155,1	226,53	45,23
2017	36 809	7 123	159,3	231,11	44,72
2018	37 450	7 232	164,8	227,20	43,88
2019	37 641	7 357	168,5	223,45	43,68
Årlig vekst	2,3 %	1,6 %	2,8 %	-0,5 %	-1,2 %
Vekst i perioden	7,2 %	4,9 %	8,6 %	-1,4 %	-3,4 %

Tabellen over viser at apotekenes avanse pr pk målt i faste 2019-kroner, var 3,4 prosent lavere i 2019 enn i 2016.

6.9 Konklusjon

Apotekenes avanse pr pakning av reseptlegemidler var litt lavere i 2019 enn i 2016, målt i nominelle kroner. Målt i reelle kroner (faste 2019-kroner) har apotekenes avanse pr pakning gått kraftig ned, med 6,6 prosent. Nedgangen er større utenfor trinnprisordningen enn for trinnprislegemidler. Det er ikke overraskende, fordi endringene i avansestrukturen har gitt lavere avanse på legemidler med høy pris. Det er likevel overraskende at det er en kraftig nedgang også i apotekenes avanse på trinnprislegemidler. En jevn økning i legemiddelbruken i Norge gjør at apotekenes samlede avanseinntekter i 2019 har stått så å si stille sammenlignet med 2016, målt i faste kroner. Det betyr at apotekene i 2019 utleverte nesten fire millioner flere reseptpakninger enn i 2016, for den samme reelle prisen som i 2016.

Legemidler på H-resept har størst vekst i omsetning og størst nedgang i avanse pr pakning. Sykehusapotekene har en større nedgang i avanse pr pakning enn primærapotekene. Det er en naturlig konsekvens av strukturendringene i apotekavansen, der avansen går ned på dyre legemidler.

For handelsvarer som er finansiert av staten (medisinsk forbruksmateriell og næringsmidler) har det vært en sterk vekst i antall solgte pakninger, men samtidig en betydelig reduksjon i apotekenes

avanse pr pakning, både nominelt og reelt. For kommersielle handelsvarer har det vært en liten vekst i omsetning og avanse, men veksten er langt lavere enn i tidligere perioder.

For reseptfrie legemidler har apotekene en liten nedgang i antall solgte pakninger, og en liten oppgang i omsetning og avanse.

Apotekene har siden 2016 innført flere nye tjenester. Det er særlig offentlig finansierte tjenester som inhalasjonsveiledning og medisinstart, og private tjenester som vaksinerings, særlig mot sesonginfluensa. Apotekenes samlede inntekter fra slike tjenester er fortsatt svært lave sammenlignet med legemiddelsalget.

7 Trinnprissystemet

7.1 Om systemet

Trinnprissystemet har siden 1.1.2005 vært viktigste prisregulering for legemidler med generisk konkurranse. Trinnprissystemet er bygget på prinsippet om å utnytte legemiddelgrossistenes og apotekenes innkjøpsmakt overfor leverandørene. For å sikre lave priser videre til forbruker og staten inneholder systemet priskutt etter en modell der legemidler med størst omsetning, og følgelig presumptivt sterkest konkurranse, får størst priskutt. Priskuttene (i AIP) varierer fra 59 til 96 prosent, regnet fra den prisen som gjaldt da det oppsto generisk konkurranse. Legemiddelverket kan skjønnsmessig fastsette lavere kutt hvis det er særlige grunner for dette. I tillegg til prisfastsettelsen er trinnprissystemet bygget på den norske markedsmodellen, med vertikalt integrerte apotekkjeder. I dette systemet er legemiddelgrossistenes hovedfunksjon å sikre stabil, lønnsom og effektiv forsyning av generika til norske apotek.

De viktigste fordelene med trinnprissystemet er:

- Lave priser, og størst prisreduksjon der det er sterkest konkurranse, både for legemidler med og uten offentlig finansiering.
- Svært liten grad av bytte mellom merker for den enkelte forbruker, og derfor lavere risiko for feil legemiddelbruk ved bytte av merke.
- Stor grad av forutsigbarhet for staten, som har oppnådd store innsparinger, men også for alle andre parter – leverandør, grossist, apotek og kunde.
- Lave administrative kostnader for alle parter.
- Ingen «spillmuligheter» for aktørene med taktisk prising e.l.
- Aktørene (apotek, grossister og kjeder) har sterke insentiver til at kundene aksepterer generisk bytte og velger det billigste legemidlet.
- Sikrer stabil forsyning. Trinnprisregulerte legemidler er i mindre grad utsatt for legemiddelmangel enn legemidler med generisk konkurranse utenfor trinnprissystemet.
- Sparer fastlegene for arbeid, og forutsetter ikke at fastleger forskriver lojalt de legemidler staten har fastsatt som det billigste i en periode.

Fordi trinnprissystemet er et administrativt system med prosentvise priskutt, sikrer det store priskutt også på legemidler med mindre omsetning. Den største svakheten prismessig ved et slikt system er at legemiddelpakninger som hadde svært høy pris før generisk konkurranse også kan få en høy trinnpris som gir god fortjeneste for leverandør, grossist og apotek. Flere legemidler med relativt høy trinnpris er imidlertid overført til helseforetaksfinansiering. Over flere år har det skjedd en konsolidering i leverandørmarkedet, der noen aktører har kjøpt opp tidligere konkurrenter.

Når et legemiddel blir inkludert i trinnprissystemet fastsettes det en trinnpris, og det gjennomføres normalt to eller tre kutt. Deretter holdes prisen nominelt uendret, hvilket betyr at den reelle prisen går ned hvert år. I en vanlig livssyklus for et legemiddel er konkurransen sterk de første årene etter patentutløp. Deretter blir det færre leverandører og mindre konkurranse. Staten har selv lagt dette til grunn, jf. f.eks. rapporten fra Sykehusinnkjøp (LIS) om håndtering av enhetspriser for legemidler og prinsipper for rutiner for prisinformasjon. Uten justeringer vil dermed trinnprismodellen gi gradvis svekket lønnsomhet, redusert konkurranse og manglende leveranser til det norske markedet. Dette har gitt utfordringer under den pågående pandemien, som har blitt delvis kompensert gjennom midlertidig økning av trinnprisene. Når trinnprismodellen nå har vært brukt i

snart 16 år representerer manglende prisjustering en trussel mot forsyningssituasjonen også i normale tider. Dette blir forsterket i perioder der den norske kronen svekker seg i forhold til valutaen i de markedene der legemidlene blir kjøpt fra. I kapittel 9.4 presenterer vi forslag til justeringer av trinnprismodellen som vi mener vil sikre at den er bærekraftig i fremtiden.

7.2 Fordeling av utsalgspris på aktørene

I brev av 18.mai 2020²³ presiserer Helse- og omsorgsdepartementet Legemiddelverkets oppdrag om å evaluere apotekavansen. Her heter det at «Evalueringen må dekke fordelingen av avanser gjennom hele distribusjonsleddet». I praksis betyr det at Legemiddelverket blir bedt om å se på utviklingen i grossistenes avanse i tillegg til utviklingen i apotekenes avanse.

Med leverings- og fullsortimentsplikt i apotekleddet, er det rimelig å forvente at det er i det segmentet der forhandlingsstyrken til grossister og integrerte kjeder er størst, at man finner høyere avanser. Spesielt er det rimelig å forvente dette på trinnprisområdet, mens det er liten grunn til å vente dette på patentbeskyttede legemidler, der grossistens forhandlingsstyrke er lav.

Apotekforeningen har til denne rapporten innhentet grossistpriser (GIP)²⁴ hos grossistene på varenumre som var trinnpriset pr 1. januar i årene 2016-2019. Differansen mellom AIP pr pk og GIP pr pk er grossistavanse. Farmaloggs legemiddelstatistikk har data om apotekavanse pr pk på de samme varenumrene. Dermed fremkommer det informasjon om summen av grossistavanse og apotekavanse pr pk har endret seg. Det kan skilles mellom varenumre som har vært trinnpriset i alle fire år, og de som ikke har vært det. På den måten kan utviklingen måles av effekten av at nye og eventuelt dyrere legemidler introduseres i systemet og endrer både gjennomsnittspriser og avanser.

7.2.1 Alle trinnprisede varenumre

For alle trinnprisede varenumre²⁵ har utviklingen vært slik, målt i nominelle kroner pr pakke:

Tabell 39

Nominelle kroner						
År	GIP	AIP	AUP ekskl mva	Apotek- avanse	Grossist- avanse	Sum avanse
2016	50,34	76,96	131,77	54,81	26,62	81,43
2017	56,94	82,08	138,22	56,14	25,14	81,28
2018	57,24	79,40	135,23	55,83	22,16	77,99
2019	61,69	84,60	139,3	54,7	22,91	77,61
Årlig vekst	7,0 %	3,2 %	1,9 %	-0,1 %	-4,9 %	-1,6 %
Vekst i perioden	22,5 %	9,9 %	5,7 %	-0,2 %	-13,9 %	-4,7 %
Kronevekst i perioden	11,35	7,64	7,53	-0,11	-3,71	-3,82

Til tross for at nye og dyrere legemidler er inkludert i systemet underveis, har både apotek- og grossistavanse sunket i perioden. Leverandørprisene har derimot vokst. Av en økt utsalgspris på 7,53

²³ Tillegg til tildelingsbrev nr. 4 – Evaluering av apotekavansen. Brev fra HOD til SLV 18.5.2020

²⁴ Det er innhentet GIP-omsetning og antall solgte pakninger inn til apotek og beregnet gjennomsnittlig GIP.

²⁵ Kun varenumre som var inkludert i systemet pr 1. januar de ulike årene er med. Inklusjon av nye legemidler i løpet av de ulike årene kommer dermed først med i tallene for året etterpå

kroner eks. mva., har leverandørene mottatt 11,35 kroner, dvs. en prisøkning som er høyere enn økningen i utsalgspris. Omregnet til faste 2019-kroner blir tallene slik:

Tabell 40

Faste 2019-kroner						
År	GIP	AIP	AUP ekskl mva	Apotek- avanse	Grossist- avanse	Sum avanse
2016	53,84	82,30	140,93	58,63	28,46	87,09
2017	59,80	86,21	145,16	58,95	26,41	85,36
2018	58,50	81,16	138,23	57,07	22,66	79,73
2019	61,69	84,60	139,30	54,70	22,91	77,61
Årlig vekst	4,6 %	0,9 %	-0,4 %	-2,3 %	-7,0 %	-3,8 %
Vekst i perioden	14,6 %	2,8 %	-1,2 %	-6,7 %	-19,5 %	-10,9 %
Kronevekst i perioden	7,85	2,30	-1,63	-3,93	-5,55	-9,48

Apotek og grossist sitter reelt sett igjen med 9,48 kr mindre i avanse pr pk i 2019 enn i 2016.

7.2.2 Varenumre som har vært trinnpriset i alle fire år

Forrige delkapittel så på utviklingen innenfor hele trinnprissystemet. Dermed påvirket inklusjon av nye legemidler underveis pris- og avansenivå. Dette kapitlet ser kun på varenumre som har vært trinnpriset i alle fire årene. Dermed vil fordelingen av hvordan utsalgsprisen har endret seg ikke bli forstyrret av at nye og dyrere legemidler har kommet inn i systemet.

Utviklingen i nominelle kroner har vært slik:

Tabell 41

Nominelle kroner						
År	GIP	AIP	AUP ekskl mva	Apotek- avanse	Grossist- avanse	Sum avanse
2016	50,85	76,54	130,40	53,86	25,69	79,55
2017	51,14	74,00	128,19	54,19	22,86	77,05
2018	51,57	72,87	126,53	53,66	21,3	74,96
2019	50,58	70,84	123,30	52,46	20,26	72,72
Årlig vekst	-0,2 %	-2,5 %	-1,8 %	-0,9 %	-7,6 %	-2,9 %
Vekst i perioden	-0,5 %	-7,4 %	-5,4 %	-2,6 %	-21,1 %	-8,6 %
Kronevekst i perioden	-0,27	-5,70	-7,10	-1,40	-5,43	-6,83

Tabellen viser at gjennomsnittspakningen har fått senket sin utsalgspris med 7,10 kr ekskl mva fra 2016 til 2019. Leverandørprisen har imidlertid sunket kun 0,27 kroner. Øvrig prisreduksjon er i all hovedsak finansiert ved redusert grossistavanse. Selv om grossistene har tapt mest her, har også apotekavanse pr pk sunket mer enn fallet i leverandørpris. Det nominelle prisfallet er 96 pst finansiert av redusert avanse hos apotek og grossist.

Omregnet til faste 2019-kroner:

Tabell 42

Faste 2019-kroner						
År	GIP	AIP	AUP ekskl mva	Apotek- avanse	Grossist- avanse	Sum avanse
2016	54,39	81,85	139,47	57,62	27,46	85,08
2017	53,71	77,71	129,34	51,63	24,00	75,63
2018	52,71	74,49	129,34	54,85	21,78	76,63
2019	50,58	70,84	123,30	52,46	20,26	72,72
Årlig vekst	-2,4 %	-4,7 %	-4,0 %	-3,1 %	-9,6 %	-5,1 %
Vekst i perioden	-7,0 %	-13,5 %	-11,6 %	-9,0 %	-26,2 %	-14,5 %
Kronevekst i perioden	-3,81	-11,01	-16,17	-5,16	-7,20	-12,36

7.3 Avanse hos apotek og grossist

Ved å slå sammen apotek- og grossistavanse i dette kapittelet vises utviklingen i avansekrone til fordeling mellom apotek og grossist.

Ved å multiplisere avansetall fra kapittel 7.2.1 og kapittel 7.2.2 med antall pakninger solgt i apotek finner man sum avanse hos apotek og grossist.

Tabell 43

År	Sum apotek- og grossistavanse		Indeks	
	Alle trinnsprisivarenumre	Kun varenumre som er trinnspriset i alle år	Alle trinnsprisivarenumre	Kun varenumre som er trinnspriset i alle år
2016	1 447	1 333	100	100
2017	1 535	1 292	106	97
2018	1 575	1 233	109	92
2019	1 663	1 168	115	88

Tallene indikerer at det er tilveksten av nye legemidler i trinnsprissystemet som sørger for økt bruttoavanse totalt sett, selv om avanse pr pk går ned for apotek og grossist.

Tabell 44

År	Ant mill pk		Indeks	
	Alle trinnprisvarenumre	Kun varenumre som er trinnpriset i alle år	Alle trinnprisvarenumre	Kun varenumre som er trinnpriset i alle år
2016	17,8	16,8	100	100
2017	18,9	16,8	106	100
2018	20,2	16,5	113	98
2019	21,4	16,1	120	96

Omregnet til faste 2019-kroner blir dette:

Tabell 45

År	Sum apotek- og grossistavanse		Indeks	
	Alle trinnprisvarenumre	Kun varenumre som er trinnpriset i alle år	Alle trinnprisvarenumre	Kun varenumre som er trinnpriset i alle år
2016	1 547	1 425	100,0	100,0
2017	1 612	1 357	104,2	95,2
2018	1 610	1 233	104,1	86,5
2019	1 663	1 168	107,5	82,0

7.4 Konklusjon

Gjennomsnittlig AUP for et trinnprislegemiddel har hatt en nominell vekst, men en mindre reduksjon målt i faste 2019-kroner. Målt i faste kroner er en trinnprispakning 1,2 prosent billigere i 2019 enn i 2016. Varenumre som har vært trinnpriset i hele perioden har utviklet seg annerledes: Det har vært en reduksjon i nominell gjennomsnittspris pr pakning. Prisreduksjonen i faste kroner er på 11,6 prosent.

Fordelingen mellom leverandører, grossister og apotek har endret seg kraftig i perioden. Målt i faste 2019-kroner får leverandørene 14,6 prosent høyere pris i 2019 enn i 2016. Grossistene har opplevd en kraftig inntektsreduksjon, og deres avanse er redusert med 19,5 prosent pr pakning. Apotekenes avanse har også gått ned, og er i 2019 6,7 prosent lavere pr pakning enn i 2016.

8 Utvikling i apotekenes kostnader 2016 – 2019

Personalkostnader utgjør om lag 2/3 av apotekenes totale kostnader. Apotekforeningen får årlig rapportert antall årsverk i apotek. I perioden 2016 til 2019 har antall årsverk i apotek økt med 4 prosent.

Tabell 46

	2016	2017	2018	2019
Farmasøyt	3313	3380	3513	3685
Apotektekniker	2761	2684	2737	2724
Annet personell	695	715	635	633
Sum	6769	6779	6885	7043

Farmasøytårsverk har en betydelig høyere kostnad enn øvrige årsverk i apotek. I perioden har det vært en vekst i farmasøytårsverk på 11,2 prosent, mens det er en nedgang på 2,8 prosent for øvrige. Dette innebærer at personalkostnadene har økt betydelig mer enn 4 prosent, uten justering for lønnsvekst.

Vi har ikke informasjon om lønnsvekst i apoteksektoren, men samlet årslønnsvekst i Norge har vært nesten 9 prosent fra 2016 til 2019.

Tabell 47

Årslønnsvekst fra året før i prosent for alle grupper ²⁶	
2017	2,2
2018	3,0
2019	3,4

Det er en positiv korrelasjon mellom salg i apotek og økning i antall årsverk. I perioden har apotek utlevert 7,3 prosent flere avanseregulerte legemiddelpakninger og 7,3 prosent flere pakninger med handelsvarer, mens salget av reseptfrie legemiddelpakninger er redusert med 2,1 prosent.

Av andre kostnader enn personalkostnader er kostnader til husleie og IT de største. Apotekenes husleie blir normalt indeksregulert. IT-kostnader har i perioden hatt en betydelig vekst.

I kapittel 9.3 har vi redegjort for nye oppgaver som apoteket er blitt pålagt i perioden. I tillegg til kostnadene som følger direkte av nye oppgaver, kommer indirekte kostnader. Med en sterkt økende kompleksitet i oppgaver, rapporter og andre krav fra myndigheter har apotekene måttet bruke svært store beløp på å utvikle et nytt IT-system. Det er vanskelig å angi den nøyaktige kostnaden som kan føres tilbake til konkrete myndighetskrav, men den initielle kostnaden for den delen av systemet som håndterer reseptbehandling, rapportering og andre offentlige krav er alene på flere hundre millioner kroner, som må avskrives over en periode på 5-10 år.

Flere andre endringer i offentlige reguleringer har også gitt kostnader som det er vanskelig å beregne. Et eksempel på dette er en betydelig mindre mulighet for apotek til å returnere varer til grossist etter at ny GDP ble innført. Det har ført til ukurans og tap. Et annet eksempel er overføring av finansieringsansvar fra Folketrygden til helseforetakene (blå til H-resept). For legemidler som hadde eller ville ha fått trinnpris, gir en slik overføring reduserte inntekter.

²⁶ NOU 2020: 8 side 23

9 Svakheter ved avansestrukturen og reguleringene – forslag til endringer

9.1 Innledning

Dette kapittelet tar for seg følgende identifiserte svakheter, med forslag til forbedringer:

- Ingen prisjustering av faste kronetillegg og takster
- Ikke noe system for kompensasjon for nye oppgaver som apotekene blir pålagt
- Svakheter i reguleringen av trinnprisordningen
- Legemiddeldetaljistavgiften
- Manglende regulering av arbeidspriser i apotek

9.2 Ingen prisjustering av faste kronetillegg

Strukturen i apotekavansen er blitt vesentlig endret siden Legemiddelverkets forrige evalueringsrapport. Med virkning fra 1.1.2018 ble kronetilleggene økt, samtidig som prosenttilleggene ble vesentlig redusert. Med virkning fra 1.1.2019 er prosenttillegget ytterligere redusert. Det har gitt en mer degressiv avanse der det aller meste av apotekenes avanse kommer fra faste kronetillegg, noe som har vært ønsket både av myndighetene og av apotekbransjen. Apotekenes arbeid med reseptlegemidler varierer i liten grad med prisen på legemiddelpakningen. Det må være et element av prosenttillegg for å dekke opp kapitalkostnader og kassasjon, men det har vært enighet om at dette bør være mindre enn det var før 2018. Det er også blitt fremhevet som en positiv effekt at apotekene med den nye strukturen har mindre insentiver til å selge dyre legemiddelpakninger, fordi det er liten forskjell i avansen på dyre og billige pakninger.

Da det var større prosenttillegg sørget de for en viss «automatisk» prisjustering av apotekenes avanse ved at introduksjon av nye og dyrere legemidler samt prisøkning på andre legemidler sørget for å øke gjennomsnittlig avanse pr pakke i apotek. Etter at kronetilleggene er blitt en vesentlig større del av avansen, er denne prisjusteringen borte. Uten at kronetillegget prisjusteres vil det skje automatiske kutt i apotekavansen hvert år. Med den prisstigningen vi har hatt siden 2018 blir verdien av kronetillegget redusert med nær 50 millioner kroner hvert år.

To av de tre offentlig finansierte helsetjenester som ytes nasjonalt i apotekene har fastsatte takster som ikke er prisjustert siden taksten ble innført:

- Inhalasjonsveiledning i apotek ble innført i 2016 med en kompensasjon på 80 kroner per veiledning. Manglende prisjustering fram til 1.1.2022 (6 år), innebærer at taksten i realiteten er redusert med om lag 15 kroner.
- Medisinstart ble innført i 2018 med en kompensasjon på 450 kroner per pasient (225 kroner pr samtale). Manglende prisjustering fram til 1.1.2022 (4 år), innebærer at taksten i realiteten er redusert med nærmere 60 kroner pr pasient (30 kroner pr samtale).
- Apotekene inngikk i 2017 avtale med de regionale helseforetakene om å yte tjenester til LAR-pasienter. Takstene i avtalen skal reforhandles annethvert år, og blir i mellomliggende år prisjustert med Finansdepartementets prisomregningsfaktor for helsesektoren.

Det aller meste av apotekenes salg av reseptlegemidler er finansiert av staten, enten gjennom folketrygden (blåreseptordningen) eller gjennom helseforetakene (legemidler brukt på sykehus og H-reseptlegemidler). Så vidt vi vet er det ingen andre statlig finansierte pasientkostnader (legekonsultasjoner, fysioterapibehandling, røntgenundersøkelser osv.) som har en statlig regulert pris som ikke prisjusteres eller på annen måte økes for å dekke økte kostnader. Selv egenandelstaket prisjusteres normalt.

Fravær av prisjustering er heller ikke i tråd med andre deler av Regjeringens politikk. Regjeringen har siden 2015 gjennomført en avbyråkratiserings- og effektiviseringsreform (ABE-reformen) for statlige virksomheter som en fast del av budsjettarbeidet. Reformen innebærer at budsjettene til statlige virksomheter ikke fullt ut blir prisjustert, men fratrukket en viss promille for å stimulere til effektivisering- og forenklingstiltak. Regjeringens politikk overfor apotek innebærer i realiteten av det stilles krav til effektivisering som er det mangedobbelte av hva som kreves av statlige virksomheter, uten at det på noen måte er dokumentert at bransjen har et særskilt potensial for slik effektivisering.

Personalkostnader er den største delen av apotekenes kostnader til reseptekspedering og annen håndtering av reseptlegemidler. Ifølge tidligere undersøkelser av Legemiddelverket, er om lag to tredeler av apotekenes kostnader personalkostnader, der lønnskostnadene naturlig nok er den dominerende delen av lønnskostnader. De største andre kostnadene er IT-kostnader (sterkt økende) og husleie (store variasjoner).

En prisjustering av kronetillegget i apotekavansen, og for andre faste kronetillegg, kan skje på tre alternative måter:

1. To tredeler av kronetillegget justeres etter lønnsveksten, målt som SSBs indeks for lønnsvekst, og en tredel justeres etter KPI. Det er den løsningen som best reflekterer utviklingen i kostnadene ved håndtering av reseptlegemidler.
2. Hele kronetillegget justeres etter konsumprisindeksen (KPI), alternativt for KPI justert for avgifter og energikostnader (KPI-JAE)
3. Hele kronetillegget justeres etter Finansdepartementets prisomregningsfaktor, slik denne er beskrevet i Finansdepartementets rundskriv R-9/2019. Dette er samme metode som brukes for prisjustering av apotekenes tjenester for LAR-pasienter.

9.3 Ingen kompensasjon for nye oppgaver

Apotekenes avanse på reseptlegemidler skal dekke kostnadene ved lovpålagte oppgaver. Hvis flere lovpålagte oppgaver legges til, følger det av dette prinsippet at kompensasjonen økes i form av økt apotekavanse, eller annen godtgjørelse for å dekke kostnaden ved den nye oppgaven. Tilsvarende er det riktig at apotekenes godtgjørelse for lovpålagte oppgaver reduseres dersom myndighetene reduserer apotekenes oppgaver. Apotekene selv har ikke mulighet for å kompensere for økte kostnader gjennom å øke inntektene (avansen). Det er det kun myndighetene som kan gjøre.

Siden Legemiddelverkets forrige evaluering av apotekavansen er det kommet nye oppgaver med svært betydelige kostnader for apotekene. De viktigste nye kostnadene er knyttet til følgende:

9.3.1 Legemiddelmangel

Legemiddelmangel er et sterkt økende problem i Norge. Ifølge Statens legemiddelverk var det 191 mangelsituasjoner i 2016. I 2019 var antallet mangelsituasjoner økt til 1250. Hittil i år (pr. 17.8.2020) er det registrert 1079 mangelsituasjoner. Den voldsomme økningen i legemiddelmangel har gitt apotekene kraftig økte kostnader, i noen tilfeller også reduserte inntekter.

Ved legemiddelmangel er det oftest på apoteket pasientene først blir gjort oppmerksom på en mangelsituasjon. Apotekansatte gjør derfor en viktig jobb i å forklare situasjonen, trygge pasienten, og forsøke å praktisk løse problemet på best mulig måte for pasienten.

Apotekforeningen gjennomførte våren 2019 en studie om håndtering av legemiddelmangel i apotek (https://www.apotek.no/Files/Filer_2014/Apotekbransjen/Rapporter/legemiddelmangel/Rapport%20kartlegging%20av%20legemiddelmangel%20i%20apotek%20mars%202019.pdf). Studien viser at apotek i gjennomsnitt bruker 3,5 minutt lenger tid på kundebehandlingen ved legemiddelmangel (når grossisten ikke har produktet på lager) i forhold til en vanlig ekspedisjon.

Den samme studien viser at frekvensen av legemiddelmangel er 2,3 prosent av alle reseptekspedisjoner, målt som de tilfeller der hverken apoteket eller grossisten har produktet på lager. Ut fra tidsbruk og omfang av legemiddelmangel, samt et anslag over apotekenes ekstrakostnader til varebestilling og -håndtering, er apotekenes kostnader til håndtering av legemiddelmangel beregnet til om lag 100 mill. kroner per år. Dette er et forsiktig estimat, og det reelle tallet kan være høyere.

9.3.2 Forfalskningsdirektivet

Forfalskningsdirektivet innebærer at alle apotek fra og med 9. februar 2019 må kontrollere legemiddelpakninger mot en sentral løsning for å kontrollere om pakningen er en potensiell forfalskning. Dette har påført apotek både investeringskostnader og løpende kostnader ved drift av systemet. Disse kostnadene kan deles i to:

- a) Investerings- og oppstartskostnader påført til og med 2019
 - utvikling og tilpasning av program- og maskinvare
 - kostnader til opplæring av apotekansatte for å kunne drifte systemet
 - sentrale driftskostnader (system) i 2019
 - kostnader lokalt i apotek til drift og håndtering i 2019

Til sammen beregner vi disse kostnadene til 102 mill. kroner. Med en avskrivning over fem år gir det en årlig kostnad fra og med 2020 på om lag 22 mill. kroner inkl. finansieringskostnader.

- b) Løpende driftskostnader fra og med 2020
 - sentrale driftskostnader (system)
 - kostnader lokalt i apotek til drift og håndtering
 - håndtering av varsler

I tillegg til kontrolloppgaver, innebærer forfalskningsdirektivet mye merarbeid for apotek med oppfølging av koder og avvikssituasjoner. Det brukes også mye ressurser på opplæring.

Det er betydelig usikkerhet om varslingsfrekvens og tidsbruk ved håndtering av varsler. Apotekforeningen har tidligere beregnet de årlige driftskostnadene i 2020 til 45 mill. kroner. Samlede kostnader i 2020 vil være i størrelsesorden 67 mill. kroner (avskrivning på 22 mill kr av investerings- og oppstartskostnader, pluss driftskostnader 45 mill kr).

9.3.3 Eventuell betaling for e-helsesystemer

Gjennom forslag til ny e-heslov jf. Prop. 65 I (2019-2020), som er til behandling i Stortinget høsten 2020, er det foreslått at apotekene skal betale for bruken av e-resept. Det er foreslått en betaling på 11 prosent av kostnadene for e-resept, som i 2020 er beregnet til 13 mill.kr.

9.3.4 Oppsummering – etablering av teknisk beregningsutvalg

Apotekenes kostnader ved nye oppgaver kan på dette grunnlaget anslås slik:

Tabell 48

Legemiddelmangel	100 mill kr
Forfalskningsdirektivet	67 mill kr
Betaling for e-resept	13 mill kr
Sum	180 mill kr

I fremtiden bør det etableres et system for å vurdere hvilke endringer i apotekenes oppgaver som har skjedd og fastsette hvilke konsekvenser dette har hatt for apotekenes økonomi. Dette kan gjøres ved å etablere et teknisk beregningsutvalg som jevnlig (f.eks. annethvert år) foreslår en regulering av apotekavansen som følge av endringer i oppgavene, eller bare redegjør for utvikling i oppgaver og kostnader, slik at Legemiddelverket selv kan ta stilling til hvilke implikasjoner dette bør gi. I utvalget bør settes sammen av partene (stat og apotekbransjen), samt personer med relevant fagkompetanse.

9.4 Forbedringer i trinnprismodellen

Trinnprismodellen har i over 15 år sikret lave legemiddelpriser til forbruker og staten i den delen av legemiddelmarkedet der det er generisk konkurranse. Vi mener prismodellen fremdeles er effektiv, og at den med noen mindre justeringer også i fremtiden kan bidra til å sikre lave priser samtidig som pasientsikkerheten ivaretas.

Når et legemiddel blir inkludert i trinnprissystemet fastsettes det en trinnpris, og det gjennomføres normalt to eller tre kutt. Deretter holdes prisen nominelt uendret, hvilket betyr at den reelle prisen går ned hvert år. I en vanlig livssyklus for et legemiddel er konkurransen sterk de første årene etter patentutløp. Deretter blir det færre leverandører og mindre konkurranse. Staten har selv lagt dette til grunn, jf. f.eks. rapporten fra Sykehusinnkjøp (LIS) om håndtering av enhetspriser for legemidler og prinsipper for rutiner for prisinformasjon. Uten justeringer vil dermed trinnprismodellen gi gradvis svekket lønnsomhet, redusert konkurranse og manglende leveranser til det norske markedet. Dette har gitt utfordringer under den pågående pandemien, som har blitt delvis kompensert gjennom midlertidig økning av trinnprisene, men kostnadsvekst vil også representere en trussel mot forsyningssituasjonen i normale tider.

Når prisen har vært lav en periode og det er få leverandører igjen, er det høy risiko for legemiddelmangel. Legemiddelet kan ha lav prioritet hos leverandøren(e), og det kan være vanskelig å finne erstatninger hvis et legemiddel blir borte fra markedet, enten det skjer planlagt (ved at legemiddelet avregistreres) eller etter en hendelse f.eks. i produksjonen. I tilfeller der det kun er én leverandør i markedet, vil grunnlaget for å opprettholde trinnpris kunne være borte. Det må etableres kriterier for at legemidler i slike tilfeller tas ut av trinnprissystemet.

Leverandørenes kostnader og priser øker på samme måte som i andre markeder, og endringer i valutakurser kan gi større utslag. I andre markeder øker gjerne prisene på legemidler når konkurransen blir mindre. Hvis prisnivået i Norge blir for lavt sammenlignet med andre markeder, kan det gi utfordringer for forsyningssikkerheten.

Vi har i kapittel 7.2 vist at leverandørene siden 2016 har fått en stadig større del av andel av inntektene fra salg av trinnprislegemidler, på bekostning av apotek og grossist. Dette er ikke bærekraftig over tid. En prisjustering av kronetillegget i apotekavansen vil hjelpe noe, men vi mener at det også må innføres en form for løpende prisjustering av trinnprisene, slik at realverdien blir

uendret og/eller det må innføres en ny prisfastsetting for trinnprislegemidler som har hatt generisk konkurranse lenge, har lave priser og få leverandører.

I tillegg bør det gjennomføres andre typer tiltak enn endringer i pris/avanse for å motvirke problemer med forsyningssikkerheten i en slik situasjon. Vi viser til Apotekforeningens brev til departementet av 27. april 2020.

Som en følge av dagens system for prisrevurdering av maksimalpris, kan maksimalpriser reduseres og i noen tilfeller bli lik trinnpris. Legemiddelverket tillater også at originalleverandør får redusert maksimalprisen slik at denne blir lik trinnpris. I 2019 hadde 173 varenumre trinnpris lik maksimalpris, og omsetningsverdien for disse var på nærmere 500 mill. kroner.

Konsekvensen av gjeldende regulering er at pasienten med legemidler på blå resept har svært svake insentiver til å akseptere bytte til produkt billigere enn trinnpris. Dette fører til at generika har en lav andel av pakningssalget for disse legemidlene. Vi mener det bør gjøres to endringer i dagens system for å motvirke dette problemet. For det første bør det ikke være anledning til å senke maksimalpris til trinnpris etter søknad for originalleverandør. For det andre bør det innføres egenbetaling ved pasientreservasjon når apotek tilbyr legemidler til en pris lavere enn trinnpris. Dersom dette gjennomføres vil generika øke sin markedsandel, og staten vil kunne redusere sine utgifter. For byttbare legemidler som ikke har trinnpris, bør det fastsettes lik maksimalpris, slik at konkurransen mellom leverandørene ikke undergraves.

Innenfor trinnprissystemet er det et problem at de billigste varenumrene har svært lave priser. Dette er gjerne småpakninger (startpakker) med lite salg, men som innebærer økte kostnader for leverandørene. Legemiddelverket praktiserer i dag en minstepris på 50 kroner (AUP-trinnpris). Dette tilsvarer en AIP (apotekenes innkjøpspris) på 10,78 kroner. Denne summen skal dekke både leverandørens og grossistens utgifter. For vanedannende legemidler (A- og B-preparater) gir en minstepris på 50 kroner en negativ AIP.

Vi mener det bør fastsettes en minstepris for trinnpris på AIP-nivå som innebærer at leverandør og grossist ikke må selge de billigste pakkene med tap. Dersom denne settes så lavt som 15 kroner gir det en trinnpris (AUP) på 55,38 for vanlige legemidler og 79,13 for A- og B-preparater.

En stor andel av virkestoffene i trinnprissystemet har fått et tredje priskutt etter legemiddelforskriften § 12-15 niende ledd. Hvorvidt legemidler får et tredje priskutt, og hvor stort dette er, avhenger av omsetningen av virkestoffet etter andre priskutt. Det er rimelig at virkestoff med høy omsetning får høyere priskutt enn virkestoff med lav omsetning. I omsetningsgrensene etter § 12-15 niende ledd inkluderes også omsetning av originallegemidlet til maksimalpris fordi pasient eller lege har reservert mot bytte til billigere alternativ. Noen legemidler kan av ulike grunner har høy reservasjonsandel. Dette påvirker den totale omsetning i stor grad, men gir ikke grunnlag for økte rabatter fra generikaleverandør. Vi mener derfor at det kun er omsetning uten reservasjon mot bytte som bør tas med når man vurderer hvilken omsetningsgrense det er riktig å benytte.

9.5 Legemiddeldetaljistavgiften

Legemiddeldetaljistavgiften er av vesentlig betydning for apotekenes rammevilkår. I henhold til legemiddeloven § 18 kan avgiften dekke tilskudd til apotek og Relis, fraktrefusjon av legemidler samt myndighetenes utgifter til forvaltning av apotek. Tilskudd til Relis er for 2020 vel 43 mill. kroner, og utgjør mer enn to tredjedeler av utgiftene til tiltak som dekkes av avgiften.

Apotekforeningen mener 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 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. Ved en fjerning av avgiften kan økningen av avansen, som ellers ville følge av 9.2 og 9.3, reduseres tilsvarende.

9.6 Arbeidspriser i apotek

Legemiddelverket regulerer hva apotekene kan ta betalt for anbrudd, delutlevering og enkel istandgjøring/oppløsning av ikke bruksferdige legemidler. Dette representerer arbeidskrevende oppgaver for apotek, og må kompenseres ut fra tidsbruk og kostnader.

I avtale mellom de regionale helseforetakene og Apotekforeningen om LAR-tjenester i apotek er det lagt til grunn en timespris på kroner 801,90 (2020) for arbeid utført i apotek. Gjeldende arbeidspris for delutlevering i apotek er basert på de samme satser som følger av LAR-avtalen (i dag kroner 40,09), tilsvarende tre minutters arbeid.

Gjeldende priser for enkel istandgjøring og anbrudd er ikke endret siden 2014, og gjenspeiler ikke apotekenes reelle kostnader og tidsbruk.

Statens legemiddelverk har tidligere lagt til grunn en tidsbruk på mellom fem og ti minutter for enkel istandgjøring, og at oppgaven utføres av ulike personellgrupper i apotek (farmasøyter og teknikere). Dersom det legges til grunn tidsbruk på 7,5 minutt og en timespris på 801,90 (2020) samt kostnader til vann/oppløsningsmiddel, skal prisen heves fra kroner 30 til 110. I tillegg må det tas hensyn til apotekenes kostnader til utstyr for tilberedning. Arbeidsbenk med avsug har en kostnad for apotek på om lag 23 000 kroner ekskl. mva. Filteret på avsuget må skiftes annethvert år selv med få tilberedninger, og dette koster om lag 5 000 kroner ekskl. mva. Med en avskrivningstid på ti år for arbeidsbenken, gir dette apotek en årlig kostnad på 4 300 kroner. Når apotek har plikt til å utlevere bruksferdige legemidler, er dette nødvendig kostnader som apoteket må få kompensert. I perioden 2018 til 2020 har apotek i gjennomsnitt utlevert om lag 100 pakninger med granulat antibiotika etter resept pr år. Inkludert et rimelig bidrag til lønnsomhet, bør gebyret for enkel istandgjøring dermed heves fra kroner 30 til 160.

Anbrudd godtgjøres i dag med et tillegg på kroner 25 per pakning. I tillegg kan apoteket ta den forholdsmessige prisen på anbruddsmengden ut fra utsalgsprisen (ekskl. MVA) for en pakning av passende størrelse med et tillegg på 50 prosent. Statens legemiddelverk har lagt til grunn at det er mer arbeid for apoteket å gjøre anbrudd enn delutlevering. I tillegg innebærer anbrudd en vesentlig risiko for svinn. Apotekforeningen mener at gjeldende arbeidspris for anbrudd må heves for å gi en

reell kompensasjon til apotek for økt kassasjon og arbeidstid. Dette kan gjøres på ulike måter. En mulighet er å øke tillegget fra kroner 25 til f.eks. 50.

Vi viser for øvrig til vårt brev av 10. juni 2018 som utdyper begrunnelsen for økte satser for enkel istandgjøring og anbrudd.

9.7 Konklusjon

De siste store strukturendringene i apotekavansen i 2018 har ingen former for prisjustering av faste kronetillegg i avanser og takster. Det er ikke bærekraftig, og gir en ikke-intendert automatisk reduksjon i apotekavansen hvert år. Kronetilleggene kan f.eks. prisjusteres ved å bruke Finansdepartementets prisomregningsfaktor for helsesektoren.

Myndighetene har ikke noe system for å vurdere om summen av endrete reguleringer og nye lovpålagte oppgaver til apotek gir større eller mindre arbeidsbelastning. Siden 2016 har apotekene fått betydelige økte oppgaver som ikke er finansiert. Det gjelder særlig legemiddelmangel og arbeid med forfalskningsdirektivet, men det er også varslet at apotekene må betale for å bruke 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. Det foreslås her å opprette et teknisk beregningsutvalg for dette, 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 prisjustere trinnprisene for å beholde konkurranse og unngå at legemidlene ikke blir tilgjengelige pga manglende lønnsomhet. Det blir her foreslått andre endringer som gir kundene sterkere insentiver for å akseptere generisk bytte. Det blir også foreslått å innføre en minstepris på trinnprislegemidler i form av en minste AIP på 15 kroner pr pakning.

Det blir foreslått å avvikle legemiddeldetaljistavgiften. Ved en fjerning av avgiften kan økningen av avansen på reseptlegemidler som ellers ville følge av andre forslag, reduseres tilsvarende.

Flere arbeidspriser i apotek har stått stille i mange år, og må økes. Dette har ikke stor økonomisk effekt, men er viktig for at betalingen skal samsvare med oppgavene de er betaling for.