



Helse- og omsorgsdepartementet

Postboks 8011 Dep

0030 OSLO

Deres ref.  
201102364-/TIK

Vår ref.  
11/172-17/JA/raa

Dato:  
19.08.2011

## Høring - forslag til reduksjon av trinnpris for virkestoffet simvastatin - legemiddelforskriften § 12-15

Apotekforeningen støtter ikke forslaget. Forslaget fremstår som dårlig begrunnet, og mangelfullt utredet.

- Et sentralt faktum som at det samlede prisnivået på reseptpliktige legemidler vil øke ved import av for eksempel svenske priser er tilsidesatt.
- Virkningen på apotekenes evne til å bidra til riktig legemiddelbruk er ikke omtalt.
- Frittstående apotek og sykehusapotek vil rammes hardest av tiltaket. Saken har opplagt en distriktpolitisk side som heller ikke er omtalt i høringsnotatet.

Vi viser til høringsnotat av 27. juni 2011. Nedenfor følger Apotekforeningens merknader.

### 1. Apotekenes avanse og rammevilkår generelt

#### 1.1. MAKSIMALAVANSEN PÅ RESEPTPLIKTIGE LEGEMIDLER MÅ DEKKE KOSTNADER SOM FØLGER AV LOVPÅLAGTE OPPGAVER

Helse- og omsorgsdepartementet skrev i St. meld. nr. 18 (2004 – 2005) at det må være åpenhet rundt kriteriene for avansefastsettelse. I Legemiddelverkets avanserapport av 29. juni 2011, står følgende å lese:

”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.”

Legemiddelverket tilrådte i sin rapport om apotekenes avanse av 29. juni 2010 at det ikke gjøres endringer i apotekenes avanser. Det kan se ut som om departementet og Legemiddelverket har ulike vurderingskriterier, uten at det står klart for oss hvilke kriterier Helse- og omsorgsdepartementet har lagt til grunn. Høringsnotatet legger til grunn at kuttet vil redusere gjennomsnittsapotekets fortjeneste med 100 000 kroner, og er i realiteten et avansekkutt for apotek i strid med fagetatens tilråding av 29. juni 2010.

Når man skal vurdere om avansen dekker kostnadene, vil det være naturlig å se på de store kostnadselementene i resephåndteringen. Den mest åpenbare komponenten (foruten legemidlet selv) er bruk av farmasøytisk arbeidskraft. Lønnsutgifter er korrelert med veksten i antall pakninger ekspedert. Likeledes er tilgjengelighet og apotekenes evne til å bidra til riktigere legemiddelbruk korrelert med både utgifter og inntekter.

- **Høringsnotatet belyser ikke om den avanse myndighetene fastsetter for apotek faktisk dekker kostnadene forbundet med resephåndteringen. Apotekets plikter og lovpålagte oppgaver berøres ikke i forslaget. Forslaget fremstår derfor som et helsepolitisk ubegrunnet kutt i apotekenes avanse, uten samtidig reduksjon i de lovpålagte oppgaver avansen skal dekke.**

## 1.2. LEGEMIDDELVERKET'S TALL VISER AT AVANSE PR PAKKE ER REDUSERT SIDEN 2005

Høringsnotatets vedlegg 2 viser at myndighetene besitter data fra hele perioden 2005 til 2010 som viser hvordan avansen for grossister og apotek har utviklet seg på varenummernivå. Det ville vært naturlig om departementet hadde gått grundig inn i disse tallene, og sett på samlet avanse for apotek.

Apotekforeningen fikk 10. august tilgang til deler av tallmaterialet bak vedlegg 2 fra Legemiddelverket. Går man tallene nærmere etter i sømmene, kan man sette opp følgende tabell:

	Ikke-trinnprislegemidler				Trinnprislegemidler			
	AUP-verdi uten MVA	Apotekavanse	Antall pk	Avanse pr pk	AUP-verdi uten MVA	Apotekavanse	Antall pk	Avanse pr pk
2005	10 414 116 728	1 425 380 130	38 982 017	37,09	846 118 092	280 162 259	4 226 995	66,28
2006	10 425 586 251	1 449 823 522	39 890 780	36,57	977 665 694	364 373 972	5 227 022	69,71
2007	10 789 611 227	1 486 526 002	40 563 912	36,34	897 031 223	330 149 204	6 300 899	52,40
2008	10 645 111 740	1 464 984 659	39 672 353	36,65	1 212 730 346	418 930 594	8 413 867	49,79
2009	10 675 528 059	1 462 325 943	40 028 098	36,93	1 413 987 580	474 428 353	9 073 974	52,28
2010	10 601 613 310	1 397 365 014	38 480 546	36,53	1 663 188 902	565 358 811	11 155 986	50,68

Simvastatin-kuttet vil redusere gjennomsnittlig avanse innenfor trinnprissystemet til 44,76 kroner pr pakke. Gjennomsnittsavansen på simvastatin vil synke til ca 24 kroner hvis man forutsetter at

antall pakninger solgt er uendret og et avansetap på 66 mill kroner, slik høringsnotatet legger til grunn. Det foreslåtte kuttet vil representere 12 prosent reduksjon i apotekenes samlede avanse på trinnprislegemidler. Trinnprisen på simvastatin kuttes med 40 prosent.

Tabellen over viser at avanse pr pakke ikke har steget i perioden 2005 – 2010. Det har lønnskostnader gjort. En enkel beregning basert på antall årsverk av mastere og bachelorer i farmasi i apotek sammenstilt med lønnsdata for de samme personellgruppene hentet fra [www.ssb.no](http://www.ssb.no), viser at apotekenes samlede lønnsutgifter til disse personellgruppene har steget med ca 70 pst fra 2005 til 2010.

Tallene høringsnotatet bygger på (vedlegg 2) viser med all tydelighet at utviklingen i gjennomsnittlig avanse pr pakning ikke har holdt følge med lønnsveksten i perioden. Gjennomsnittlig avanse på trinnprislegemidler har derimot gått *ned*.

Fra tallmaterialet bak høringsnotatets vedlegg to, kan man også utlede følgende tabell:

	<b>Alle reseptpliktige legemidler (ikke-trinnprislegemidler og trinnprislegemidler)</b> <b>Nominelle kroner</b>		
	<b>SUM AUP ex mva</b>	<b>Sum ant pk</b>	<b>Gj.sn. avanse pr pk</b>
2005	11 260 234 820	42 943 138	39,72
2006	11 403 251 945	44 492 687	40,78
2007	11 686 642 450	46 099 367	39,41
2008	11 857 842 086	47 341 993	39,79
2009	12 089 515 639	49 163 100	39,39
2010	12 264 802 212	48 482 386	40,48
<b>Endring 2005 - 2010</b>	<b>1 004 567 392</b>	<b>5 539 248</b>	<b>0,77</b>
<b>Endring i prosent</b>	<b>8,9 %</b>	<b>12,9 %</b>	<b>1,9 %</b>

Antall solgte pakninger har økt med 12,9 prosent, altså mer enn omsetningsveksten, mens gjennomsnittlig antall avanseskroner har gått opp med 1,9 pst. Sagt på en annen måte har apoteket fått mer jobb, men mindre betalt pr jobb. Dette er nominelle størrelser. I høringsnotatet ser departementet hen til konsumprisindeksen. Justerer man tallene over for konsumprisindeksen ved hjelp av Statistisk Sentralbyrås kalkulator<sup>1</sup>, ser vi at apotekene reelt sett mottar mindre avanse pr pakke i 2010 enn i 2005. Samtidig er omsetningsverdien reelt sett lavere enn i 2005, mens antall pakninger ekspedert har steget.

<sup>1</sup> <http://www.ssb.no/kpi/>

	Alle reseptpliktige legemidler (ikke-trinnprislegemidler og trinnprislegemidler) Alle tall i 2010-kroner		
	SUM AUP ex mva	Sum ant pk	Gj.sn. avanse pr pk
2005	12 600 506 240	42 943 138	44,45
2006	12 478 664 890	44 492 687	44,63
2007	12 691 732 630	46 099 367	42,80
2008	12 406 905 360	47 341 993	41,63
2009	12 387 666 350	49 163 100	40,36
2010	12 264 802 212	48 482 386	40,48
<b>Endring 2005 - 2010</b>	-335 704 028	5 539 248	-3,97
<b>Endring i prosent</b>	-2,7 %	12,9 %	-8,9 %

- Høringsforslaget er blottet for helsepolitisk perspektiv der man også vurderer hvilke konsekvenser avansekkuttet vil gi for utviklingen av apotek i årene fremover. Dette større perspektivet påhviler det departementet som samfunnsplanlegger å se hen til, fremfor utelukkende å se på prisen på simvastatin isolert.

### 1.3. FRITTSTÅENDE APOTEK RAMMES HARDEST AV DEPARTEMENTETS POLITIKK

I brev av 24. januar 2010 skrev departementet følgende til frittstående apoteker Mathias Rasch-Halvorsen:

”Helse- og omsorgsdepartementet vurderer det som viktig at rammebetingelser for apoteknæringen innrettes på en måte som gjør det mulig å drive apotekvirksomhet også uten tilknytning til en av de tre kjedene. Selvstendige apotek, som et supplement til de etablerte apotekkjedene, vil kunne bidra til økt konkurranse i markedet med hensyn til pris og kvalitet.

Departementets vektlegging av grossistenes inntjening når departementet fastsetter apotekavanser vil systematisk gjøre vilkårene vanskeligere for frittstående apotek og således svekke muligheten for å konkurrere med de etablerte apotekkjedene. Sykehusapotekene vil også systematisk lide under en slik vektlegging. Det fremstår som et paradoks at departementet på denne måten fremstår som den konkurransehindrende part i det markedet departementet regulerer nettopp fordi normale markeds mekanismer har dårlige vilkår på dette området.

- Departementets snevre perspektiv gjør at Apotekforeningen er bekymret for fremtiden til de frittstående apotekene.

### 1.4. RAMMEVILKÅR OG RIKTIG LEGEMIDDELBRUK

Det er en åpenbar sammenheng mellom apotekenes inntekter på reseptpliktige legemidler og den tid som kan brukes på resephåndtering. I en tid der riktiger legemiddelbruk stadig trekkes fram som et viktig tiltak å øke livskvalitet og redusere belastningen på helsetjenesten, fremstår det

som et paradoks at høringsnotatet overhodet ikke drøfter sammenhengen mellom apotekenes inntjening på reseptpliktige legemidler på den ene side, og insentiver og økonomisk evne til å jobbe enda mer for riktig legemiddelbruk på den andre siden. Når departementet kutter apotekenes inntjening på denne måten, vil apotekene måtte bruke sine faglige ressurser til å skaffe inntekter på områder utenom kjernevirksomheten, fremfor å styrke arbeidet med riktigere legemiddelbruk. Alternativt må apotek redusere sin virksomhet, noe som vanskelig kan hevdes å bidra til riktigere legemiddelbruk.

- **Kuttforslaget vil vesentlig svekke apotekenes mulighet til å sikre riktigere legemiddelbruk.**

### 1.5. BEHOV FOR EN HELHETLIG TILNÆRMING TIL APOTEKØKONOMIEN

Gjennomgående ser det ut som om myndighetene vektlegger *alt annet enn apotekenes avanse på reseptpliktige legemidler* når avansenivået på reseptpliktige legemidler vurderes. Kravet om at maksimalavansene skal dekke utgiftene apotekene har til å utføre sine lovpålagte oppgaver synes å bli satt til side av andre, vilkårlige hensyn.

I Legemiddelverkets evaluering av apotekavansen av 29. juni 2011, så de på en rekke forhold:

- Omsetningsutviklingen i apotek
- Fordeling av omsetning på reseptpliktige legemidler, reseptfrie legemidler og handelsvarer
- Gjennomsnittlig apotekavanse pr pakning reseptpliktige legemidler
- Avanse for apotek og grossister på trinnprisprodukter, fordelt på originalprodukter og kopier
- Avanse for apotek og grossister på ikke-trinnprisprodukter
- Gjennomsnittlig avanse på reseptfrie legemidler
- Gjennomsnittlig GIP på original og kopi

Om apotekavansen skrev Legemiddelverket blant annet:

”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.”

(...)

”Gjeldende struktur må sies å være relativt enkel og det er tatt høyde for at den skal reflektere gjennomsnittskostnadene pr pakning.”

Videre skrev Legemiddelverket:

”Det at reseptfrie pakninger ikke er pris- og avanseregulert, er en sentral del av rammevilkårene for næringen. Det er rimelig at også dette må tillegges vekt når man skal vurdere nivået på den regulerte maksimalavansen. At reseptfrie legemidler ikke er pris- og avanseregulert, og at legemidler omfattet av trinnpris ikke er avanseregulert (men

prisregulert) kan således betraktes som deler av det som utgjør de totale rammevilkår for legemiddelomsetning i Norge.”

Legemiddelverket fant ikke grunnlag for kutt. Departementet videreformidlet dette til Stortinget i Prop. 1 S (2010 – 2011). Vi må derfor legge til grunn at departementet stilte seg bak Legemiddelverkets vurdering.

I foreliggende høring velger departementet å støtte seg på at virkestoffet simvastatin er billigere i Sverige, selv om dette ikke er ny kunnskap. Tidligere i år valgte departementet å gå enda mer detaljert til verks ved å endre forskriften for å gi en bestemt styrke av virkestoffet atorvastatin fullt trinnpriskutt fra første dag i trinnprissystemet. Begge disse handlingene er i strid med den vurdering departementet ga til Apotekforeningen i brev av 8. juli i år, altså mindre enn 2 uker etter høringsnotatet ble sendt ut. I brevet av 8. juli avviser departementet tanken på å vurdere lønnsomhet utelukkende for ett virkestoff. Departementet skrev:

”Apotekenes og grossistenes fortjeneste av legemidler til trinnpris skal ikke vurderes isolert for en bestemt pakning, men må vurderes for hele virkestoffet samlet og for trinnprislegemidlene under ett.”

Foreliggende høringsnotat ser ikke på trinnprislegemidlene under ett, kun på simvastatin. I løpet av mindre enn 14 dager, har departementet inntatt to motsatte standpunkter til samme spørsmål.

Ved avansekkuttet i 2009 var argumentet for å kutte at det fortsatt ble etablert apotek og at inntjeningen i bransjen ble vurdert som tilfredsstillende.

I sin avanserapport skriver Legemiddelverket blant annet:

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

Ovenstående må bety at 15 prosent av apotekene *ikke* er vertikalt integrert. For disse er betraktninger rundt grossistenes økonomi irrelevant. For disse er det kun innjeningen i apotekleddet som er interessant. Det kan ikke være slik at man skal se bort fra disse 15 prosentene, som departementet mener er nyttige korrektiver og konkurransestimulanter, når apotekenes maksimalavanser vurderes.

Stadige utvidelser av LUA-sortimentet, nå også med anledning til selvvalg, vil bidra til svakere økonomisk utvikling i apotek. En eventuell opphevelse av fullsortimentskravet vil øke kostnadene i apotek. Legemiddelverkets forslag om å la legereservasjoner mot generiske bytter også fungere som automatisk reservasjon mot utlevering av parallellimportert legemiddel, vil også svekke apotekenes inntekter.

- **Dette viser behovet for en mer helhetlig tilnærming til apotekøkonomien og forvaltningen av apotek som samfunnsressurs fra departementets side. Vi kan ikke se hvordan det kan være forsvarlig gang på gang å se enkelttiltak helt isolert, uten å**

**se på effekten av summen av tiltakene som ligger bak oss, og tiltak som er varslet foran oss.**

## **2. Flere omfattende undersøkelser viser at reseptpliktige legemidler er billige i Norge**

Vi vet at det er prisvariasjoner på virkestoffnivå mellom land. Det har vært kjent siden trinnprissystemets etablering. Gjennom prisundersøkelser fra SNF de siste tre årene vet vi at bruk av svenske og/eller danske priser på de legemidler som faktisk brukes i Norge, vil *øke* samlede legemiddelutgifter i Norge. Denne konklusjonen er gyldig, selv om man tar hensyn til avviket i enkelte av dataene fra IMS. Høringsnotatet angir selv at det ikke er grunnlag for å hevde at reseptpliktige legemidler er dyre i Norge.

Vi stiller oss også uforstående til prosentsatsen departementet foreslår. Den fremstår som helt vilkårlig.

Apotekforeningen får i høst overlevert nok en prisundersøkelse fra SNF. Foreløpige resultater bekrefter tendensen i tidligere års funn: Reseptpliktige legemidler er billige i Norge. Bruk av svenske og/eller danske priser på det norske legemiddelforbruket vil øke samlede legemiddelutgifter.

Undersøkelsen vi har bestilt fra SNF er en bred undersøkelse, som tar for seg både patenterte legemidler så vel som ikke-patenterte legemidler innenfor og utenfor trinnprissystemet. Undersøkelsen er en videreføring av den undersøkelse departementet fikk i 2008, og som vi har fått SNF til å gjenta i 2008 og 2009. Det vil utformes ulike indekser, slik at man kan se på delsegmenter og følge utvikling over tid. Viktigst av alt, er at undersøkelsen er bred nok til at man faktisk kan gjøre en helhetlig vurdering fremfor utelukkende å basere beslutninger på snevre utvalg. Jo bredere undersøkelse, desto bedre beslutningsgrunnlag har man.

Vi merker oss at departementet vektlegger priser fra Sverige og Danmark i sin vurdering. Hvis målsettingen er at vi skal ha priser som i Sverige, synes det naturlig at bransjen underlegges priser og avanser som i Sverige. Det vil bedre inntjeningen i norske apotek og øke samlede legemiddelutgifter. En annen tilnærming vil kunne være at man endrer trinnpriser i Norge innenfor en nullsumløsning. Eksempelvis kan nedsatte trinnpriser kompenseres med økt avanse andre steder og/eller justere godtgjørelsen ved anbrudd og arbeidspriser i apotek. Her er vi åpne for å diskutere løsninger. En bred prisundersøkelse som strekker seg videre enn bare simvastatin vil være et godt utgangspunkt for en slik diskusjon. En slik undersøkelse vil foreligge fra SNF kort tid etter høringsfristens utløp.

- **Departementet ser bort fra at det samlede prisnivået for reseptlegemidler i Norge er lavt sammenlignet med andre land. Å sammenligne priser på enkeltprodukter mellom land er i strid med departementets uttalte politikk.**

## **3. Distriktsapotekene er ikke tillagt vekt i departementets vurdering**

Høringsnotatet viser til at 23 pst av landets apotek gikk med underskudd i 2009. Dette utgjorde 135 apotek. Ifølge Legemiddelverket hadde ytterligere 22 apotek i 2010 et så svakt driftsresultat at også ville disse gått med underskudd med et tiltak som her foreslått. Legemiddelverket har tall

for 2010 for alle apotek, men departementet har ikke bevilget seg tid til å vente på Legemiddelverkets vurdering av disse ferskere tallene.

Høringsnotatet beskriver ikke hvor de omtalte underskuddsapotekene ligger, men nøyer seg med å vise til at det i Legemiddelverkets statistikk over apotekenes økonomi for 2009 fremgår at andelen apotek med negativt driftsresultat er høyere i sentrale strøk enn i distriktene. Dette er ikke til hjelp for de distriktene som står i fare for å få redusert sitt apotektilbud. Nedenfor har vi gjengitt statistikken departementet viser til.

	<b>Antall apotek<sup>2</sup></b>	<b>Antall apotek med negativt driftsresultat</b>	<b>Andel apotek med negativt driftsresultat</b>
Minst sentrale kommuner	66	11	17 %
Mindre sentrale kommuner	40	8	20 %
Noe sentrale kommuner	110	20	18 %
Sentrale kommuner	383	96	25 %
Alle apotek	599	135	23 %

<sup>2</sup> Private apotek med helt driftsår.

Det fremgår av Legemiddelverkets tall at 19 av apotekene som gikk med underskudd i 2009 ligger i kommuner som Statistisk Sentralbyrå definerer som "Minst sentrale kommuner"<sup>2</sup> eller "Mindre sentrale kommuner". Legemiddelverket vet hvilke apotek dette er. I prinsippet er dermed også departementet kjent med hvilke apotek dette er.

"Minst sentrale kommuner" er kommuner som ikke har noen tettsteder med mer enn 5 000 innbyggere, og ligger mer enn 45 minutters reisetid til noen av disse andre tettsteders sentrum. "Mindre sentrale kommuner" omfatter et tettsted med folketall mellom 5 000 og 15 000, eller ligger innenfor 45 minutters reisetid til et slikt tettsteds sentrum.

Gjennom å vektlegge at det prosentuell er flere underskuddsapotek i byene enn i mindre sentrale strøk, fremfor faktisk å vektlegge distriktene, der den negative effekten av nedleggelse er størst, må det bety at departementet er komfortabel med at hvilket som helst apotek av de 19 apotekene i

---

<sup>2</sup> <http://www.ssb.no/vis/samfunnsspeilet/utg/200905/08/art-2009-12-07-01.html>



de mindre og minst sentrale kommunene eventuelt legges ned. Her sender departementet uheldige signaler til kunder i distriktene og de ansatte i de berørte apotek.

Høringsnotatet redegjør ikke for i hvor stor grad disse underskuddsapotekene har gått med negative resultat over flere år. Høringsnotatet angir ingen vurdering av sannsynlighet for nedleggelse av underskuddsapotekene, eller hvilke konsekvenser en slik eventualitet vil gi for helsetilbudet de aktuelle stedene.

Helt siden apotekloven trådte i kraft i 2001, har apotekkjedene garantert for drift av apotek i utkant-Norge gjennom avtaler med myndighetene, initiert av bransjen selv. Avtalen er kjent som "Distriktsapotekavtalen". Avtalen har blitt fornyet jevnlig. Forrige avtale utløpte 1. juli i år, og er ikke fornyet. For første gang siden apoteklovens ikrafttredelse for over 10 år siden, står distriktene uten garanti for apotekdekning.

I den nylig utgåtte avtalens punkt 4.5 står blant annet følgende å lese:

"Partene erkjenner at vesentlige endringer i apotekenes økonomiske og faglige rammevilkår innenfor avtaleperioden kan få konsekvenser for apotekkjedenes evne og vilje til å gjennomføre avtalen, og gir apotekkjeden grunnlag for å si opp avtalen, jf. pkt 5."

- **I høringsnotatet har departementet vektlagt hensynet til innsparing over statsbudsjettet høyere enn hensynet til å sikre drift av apotek i distriktene. Gjennomføres tiltaket, vil befolkningen i distriktene bli skadelidende.**

#### **4. Prosessuelle forhold**

Apotekforeningen er sterkt kritisk til departementets håndtering av denne saken. Departementet har igjen utvist manglende respekt for høringsinstituttet. Saken ble sendt på høring i sommerferien med forkortet høringsfrist. Vi kan ikke se at dette er velbegrunnet eller nødvendig. Derimot er det åpenbart at høringsinstansene er gitt større vansker med å ta stilling til høringsnotatet simpelthen på grunn av egen og forvaltningens feriavvikling. Nærmere spørsmål til departementet om visse påstander i høringsnotatet ble besvart med reformulerte påstander uten videre dokumentasjon. Vi betrakter ikke departementets brev av 4. august som svar på våre spørsmål. 11. juli ba vi departementet om å få tilsendt tallene bak vedlegg 2 til høringsnotatet. Departementet har ikke gitt oss disse tallene. Vi har selv måttet ta kontakt med Legemiddelverket for å få tallene derfra, hvilket vi fikk 10. august, kun 9 dager før høringsfristens utløp. Det sier seg selv at vi umulig kan kvalitetssikre dette grunnlaget like bra med 9 dager til disposisjon sammenliknet med en situasjon der normal høringsfrist på 3 måneder eller mer hadde vært innvilget.

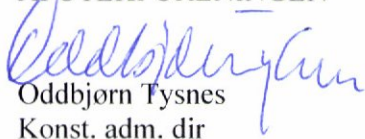
Vi vil komme tilbake til denne sakens prosessuelle forhold i en egen henvendelse senere. Departementet fremviser et mønster av manglende respekt for høringsinstituttet som vi ikke kan akseptere.

## 5. Konklusjon

Apotekforeningen mener forslaget ikke kan gjennomføres uten samtidig å kompensere apotekene for de tap forslaget påfører apotekene. Forslaget kan lett gjennomføres innenfor en nullsumløsning, og således sette apotekkjedene bedre i stand til nok en gang å garantere for apotekdekningen i distriktene, samt bidra til å sikre driftsgrunnlaget for frittstående apotek.

Vi ber om at departementet slår fast prinsippet om at apotekenes avanse på reseptpliktige legemidler skal dekke lovpålagte oppgaver knyttet til resepthåndteringen, og at det er dette som må være styrende for vurderingen av nivået på maksimalavansene, ikke grossisters inntjening på sjampo etc.

Med vennlig hilsen  
APOTEKFORENINGEN

  
Oddbjørn Tysnes  
Konst. adm. dir