



Det Kongelige Helse- og Omsorgsdepartement
Postboks 8011 Dep

0030 OSLO

Deres ref.
200703254-/TIK

Vår ref.
07/147-9/JA/snb

Dato:
20.08.2007

Høringsuttalelse til Helse- og omsorgsdepartementets forslag om nye, store reduksjoner av apotekenes inntekter av fagvirksomheten

1 Riktig legemiddelbruk

1.1 Reduserte inntekter fra fagvirksomheten svekker apoteket som faghandel

Vi viser til Helse- og omsorgsdepartementets høringsnotat av 22. juni 2007 om nye, store reduksjoner i apotekenes inntekter fra sin faglige virksomhet. Departementet ser for seg at inntektsbortfallet skal gjennomføres enten gjennom reduserte priser på generiske legemidler i trinnprissystemet eller gjennom redusert avanse på legemidler som ikke er i trinnprissystemet. Ifølge departementet vil dette kun ha konsekvenser for staten i form av lavere legemiddelpriser og refusjonsutgifter, mens det ikke vil ha konsekvenser for det faglige nivået i apotekvesenet. Dette er feil. Reduserte inntekter fra fagvirksomheten svekker apoteket som faghandel. Dette vil ha negativ effekt på det totale faglige nivået i apotekvesenet, uansett om det er langt til lovens minstekrav til kvalitet tangeres.

Det er ingen grunn til at Norge skal ha høyere legemiddelpriser enn f.eks. våre naboland. Derfor er det riktig at trinnprissystemets satser jevnlig vurderes. Problemet med dagens legemiddelpolitikk, slik apotekbransjen vurderer det, er derfor ikke nødvendigvis at prisene på kopilegemidler reduseres. Problemet er at det er ved priskuttpolitikken statens legemiddelpolitikk både begynner og slutter. Helse- og omsorgsdepartementet viser nok en gang at det ikke har noen evne eller vilje til å investere i tiltak som vil gi riktigere legemiddelbruk. Det fremste tiltaket ville vært en analyse av apotekavansen og hvilke oppgaver den skal dekke, for så å tilpasse avansen helsepolitiske prioriteringer. Denne utfordringen – som er en selvsagt øvelse for apotekforvaltningen i de land norske legemiddelpriser sammenlignes med – møter departementet i høringsnotatet med en trussel om avansekkutt uten noen som helst begrunnelse i helsepolitiske forhold.

Feil legemiddelbruk er erkjent som et alvorlig samfunnsproblem, med årlige kostnader stipulert til mellom 4 og 5 mrd. kroner (St. meld. nr. 18 for 2004 – 2005, side 25 – 26). Apoteket er helse-tjenestens viktigste arena for å sikre riktigere legemiddelbruk og god effekt av legemidler for den enkelte og for samfunnet, herunder forebygge og redusere legemiddelrelaterte problemer. Det krever at denne delen av helsetjenesten har rom for den alminnelige gode reseptekspedisjonen

som forutsetter *tid, oppmerksomhet og kompetanse*. Halvparten av reseptkundene er over 65 år, antall legemidler som brukes av den enkelte øker med alderen opp til ca 90 år og mange har ekstra behov.

Mengden tid, oppmerksomhet og kompetanse som avsettes til den enkelte kunde, må tilpasses kundens behov, så langt dette er mulig innenfor apotekets økonomiske rammer. Høringsnotatet svekker apotekenes økonomiske rammer. Når myndighetene svekker de økonomiske rammene på denne måten, gis apotekene samtidig et utvetydig politisk styringssignal om å redusere mengden tid, oppmerksomhet og kompetanse som rettes mot den enkelte reseptkunde. Dette er spesielt bakstreversk i en tid hvor vi vet at den demografiske utviklingen vil sørge for at andelen eldre reseptkunder vil øke. Dette vil lede til at stadig flere mennesker vil få en kompleks legemiddelbruk med økt behov for individuell faglig bistand fra apotekene.

Reduksjon av innsatsen mot feil legemiddelbruk er selvsagt ikke myndighetenes offisielle politikk. Helsedepartementets nåværende legemiddelpolitikk er i beste Ole Brumm-stil blitt en ”ja takk, begge deler”-politikk: Befolkningen skal ha den beste servicen fra apotekene, ja takk, men apotekenes bestrebelser for å få bukt med feil legemiddelbruk skal ikke koste staten noe. Kostnadene til de faglige aktivitetene skal tvert om dekkes av apotekene selv, gjennom inntektene fra apotekets ikke-faglige aktiviteter som salg av hudkremer etc. Å tro – slik departementet velger å gjøre – at dette lar seg gjennomføre uten at apotekenes fokus dreies fra faglige aktiviteter til ikke-faglige aktiviteter, vitner ikke bare om vilje til å se bort fra økonomisk tyngdekraft, men også om en så uttalt mangel på innsikt i moderne apotekvirksomhet at det er betimelig å stille spørsmålet om departementet og dets fagetater har tilstrekkelig faglig innsikt, faglig forståelse og faglig interesse til å styre apoteksektoren i samsvar med de legemiddelpolitiske målene som Stortinget har fastsatt for sektoren.

1.2 Departementets endring av legemiddelpolitikken er underkommunisert

Selv om Helse- og omsorgsdepartementet fortrenger det, er konsekvensen av de stadig reduserte marginene eller offentlige investeringene i apotekenes faglige virksomhet en nedbygging av apotekenes rom for å drive på reseptkundenes premisser. Departementet avfeier i høringsnotatet at det er noen sammenheng mellom faglig nivå og økonomi i apotekvesenet gjennom noen lite virkelighetsnære resonnementer om ”lovpålagte oppgaver” og kvalitet som konkurranseparameter (kap. 7.4.2).

Uttalelsene illustrerer at departementets eneste reelle fokus og interesse i dette høringsnotatet, som i legemiddelpolitikken de siste årene, har vært å redusere folketrygdens legemiddelutgifter. Andre legemiddelpolitiske mål enn målet om lavest mulig pris er i praksis forlatt.

I kuttforslaget for ett år siden var ordet ”helse” ikke nevnt en eneste gang i departementets høringsnotat. Årets kuttforslag er ledsaget av enkelte faglige utsagn, som imidlertid er så generelle at de verken kan etterprøves i dagens norske apotekvirkelighet eller gi grunnlag for noen nærmere bedømmelse av om resonnementene er holdbare eller ikke. Det meste bunner ut i ”helhetsvurderinger” og ”totalvurderinger” som ikke kan etterprøves, fordi momentene som inngår i vurderingene er ukjente for leseren av høringsnotatet.

Lavere legemiddelpriser er et forståelig og legitimt mål, også for apotekene som rammes av det. Men når departementet i sin praktiske politikk opphører lavere priser til det *eneste* målet for legemiddelpolitikken, undergraves den brede konsensusen vi har hatt i Norge i mange tiår om må-

lene for legemiddelpolitikken. Gjennom sin mangel på faglig forankring og faglig fokus kunne dagens legemiddelpolitikk like gjerne vært overført til Finansdepartementets ansvarsområde. Det ville i det minste tydeliggjort Helse- og omsorgsdepartementets faglige kapitulasjon i legemiddelpolitikken.

Det må betegnes som et demokratisk problem at en politisk kursendring av denne karakter, som innebærer at lave legemiddelpriser skal overskygge alle andre legemiddelpolitiske mål, gjennomføres uten at Stortinget gis anledning til å mene noe prinsipielt om kursendringen. Denne kursendringen gravlegger for apotekenes vedkommende langt på vei St. meld. nr. 18 (2004 – 2005) *Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk*. For landets apotekiere, og apotekenes mange tusen ansatte, oppleves kursendringen som dramatisk, ettersom den i realiteten innebærer en nedbygging – sakte, men sikkert – av landets apotekvesen som faghandel.

Apotekforeningen har vanskelig for å tro at denne politikken har noen særlig støtte i Stortinget, men anser samtidig at Stortingets inngripen er lite sannsynlig så lenge departementet fortsetter å tåkelegge politikkendringen i sin kommunikasjon med Stortinget, slik vi senest så i inneværende års budsjettproposisjon (St. prp. 1 for 2006 – 2007).

Vi kan ikke se at vår kritikk i høringsrunden i 2006 på noen måte er kommunisert videre til Stortinget, eller kommet til uttrykk på noen måte i foreliggende høringsnotat.

1.3 Departementets og Regjeringens vei bort fra Legemiddelmeldingen

St. meld. nr. 18 (2004-2005) *Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk* (Legemiddelmeldingen) ble avgitt av Bondevik II-regjeringen og fikk bred oppslutning i Stortinget. I meldingen presiserte Helse- og omsorgsdepartementet viktigheten av at apoteket opprettholdes som faghandel:

”Apotekloven legger vekt på å opprettholde apotekene som en faghandel. Apotekenes særpreg som faghandel for legemidler skal ikke utvannes gjennom salg av produkter og tjenester som står fjernt fra det helse- og legemiddelfaglige. Dette kan redusere publikums tillit til kompetansen i apotek og ta fokus bort fra kjerneoppgavene for de ansatte.”

Det finnes uttalelser fra den nåværende regjeringen som understøtter dette synet. Det er imidlertid bare i svært begrenset grad mulig å gjenfinne faktiske handlinger som gir troverdighet til utsagnene. Noe av dette kan sikkert skyldes at det tar tid å følge opp Legemiddelmeldingen. Det som derfor mer enn noe er ødeleggende for den legemiddelpolitiske troverdigheten til dagens politiske ledelse i Helse- og omsorgsdepartementet, er serien av legemiddelpolitiske forslag og tiltak som systematisk og aktivt bidrar til nedbygging av apotekene som faghandel. Dette er stikk i strid med intensjonene i Legemiddelmeldingen og uttalelser fra alle de politiske partiene, senest i Stortingets interpellasjonsdebatt 17. april i år om apotekenes rolle i helsetjenesten.

Høringsnotatets forslag vektlegger således noe helt annet enn faghandelaspektet når det nå for første gang fra departementalt nivå foreslås at krysssubsidiering skal være et helsepolitisk virkemiddel. Hvis Helse- og omsorgsdepartementet ikke ser det som viktig hvor apotekene må hente sin inntjening fra, bidrar departementet til å definere apotek som ren butikk og ikke faghandel.

I ett av sine tilsvare i interpellasjonsdebatten i Stortinget 17. april 2007 siterte helse og omsorgsminister Sylvia Brustad fra Legemiddelmeldingen og presiserte følgende om apotekenes *lovpålagte oppgaver* knyttet til rådgivningsplikten ved ekspedisjon av legemidler:

"I henhold til den loven vi har, plikter apotekene å forhandle alle legemidler som er tillatt solgt i Norge, og dessuten vanlig medisinsk utstyr. Videre gir apotekloven plikt til å veilede kundene om riktig bruk av legemidler. Personalet må gi kunden alle nødvendige opplysninger for sikker bruk, svare på spørsmål og om nødvendig også vise hvordan legemidlet skal brukes. Denne plikten er en av de viktigste årsakene til at apotek i utgangspunktet har monopol på omsetning av legemidler til forbrukere. Slik informasjonsaktivitet skal derfor dekkes innenfor apotekenes ordinære avanse."

Ut fra statsrådets presiseringer er det vanskelig å forstå hvordan høringsnotatet kan legge opp til at reguleringer av apotekavansen kun skal baseres på totalvurderinger av lønnsomheten i apotek og ikke ta hensyn hvilke kostnader apotekene faktisk har ved ekspedisjon av legemidler, f.eks. kostnadene til de lovpålagte informasjonsaktivitetene ved legemiddelsalg. Hvis slike faglige aktiviteter skal dekkes av apotekenes inntekter fra annet salg, sier det seg selv at aktivitetene vil bli nedskalert mot lovens minstekrav, og de er lite ambisiøse.

Når det gjelder nye oppgaver – oppgaver som eventuelt kommer i tillegg til apotekenes lovpålagte oppgaver – oppsummerte Sylvia Brustad sitt syn slik i interpellasjonsdebatten:

"Så er jeg enig med alle som har sagt at når det gjelder apotekjentene rundt om i landet, har vi et stort apparat med høy kompetanse. Det er klart at vi hele tida må vurdere videre hvordan vi kan utnytte det på en positiv måte til pasientenes beste"

Skal nye oppgaver for apotek, apotekjenester, utvikles og samordnes med øvrig helsetjeneste er det opplagt at det som en del av utredningene må gjøres beregninger som synliggjør gevinster og kostnader ved de nye tjenestene. Departementet fremfører i sitt høringsutkast en helt annen tilnærming, nemlig at det er apotekenes totale økonomiske situasjon som skal avgjøre i hvilken grad de skal ha økonomisk evne til å fylle sin rolle i helsetjenesten.

Denne kryssubsidieringspolitikken umuliggjør en målrettet styring og prioritering av apotekenes faglige aktiviteter og sparker dermed effektivt ben under Brustads uttalelse i Stortinget. Uten investeringer i tjenester og oppgaver, bl.a. gjennom en presisering av hva apotekavansen skal dekke, vil det være tilfeldig hva apotekenes innsats skal være. Departementet synes videre ikke å forstå at apotekene, på samme måte som enhver annen rasjonell aktør i enhver sektor – også helsesektoren – vil redusere tapsbringende aktivitet så langt det lar seg gjøre, uansett hvor faglig verdifulle disse oppgavene er. Det å gjøre en offentlig finansiert tjeneste i helsetjenesten tapsbringende, er statens sterkeste måte å signalisere at tjenesten ikke er helsepolitisk prioritert, og at den følgelig bør nedbygges.

Departementets nye kryssubsidieringspolitikk utgjør et klart brudd med gjeldende legemiddelpolitikk. Dersom departementet velger å opprettholde denne politikkendringen, forutsetter Apotekforeningen at kursskiftet gis behørig omtale og blir konsekvensvurdert i regjeringens forslag til statsbudsjett til høsten.

1.4 Krysssubsidiæringspolitikken er aktiv styring mot et uklart minimumsnivå

Regjeringens nye politikk om å redusere apotekenes faglige virksomhet så mye som mulig uten å komme i konflikt med lovpålagte krav, undergraver attraktiviteten av apotekrettet utdanning, den faglige selvfølelsen og den faglige posisjonen som apotekansatte har i helsetjenesten. Til syvende og sist er det helsetjenesten og pasientene som vil rammes av at apotek vil bli en stadig mindre attraktiv arbeidsplass for faglig aktive og dyktige farmasøyter.

Kjerneoppgavene i apotek er i lovverket hovedsakelig omtalt i apotekloven, apotekforskriften og i forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek. Bestemmelser og krav i regelverket er imidlertid i liten grad tolket og operasjonalisert i forhold til apotekpraksis. En konsekvens blir at departementet, andre myndighetsorganer, politikere og apoteknæring legger ulike tolkninger til grunn når det henvises til regelverksbestemmelsene. Følgelig blir det uklart hva apotek forventes å yte overfor pasienter og samfunn. Høringsnotatets upresise henvisninger til apotekenes "lovpålagte oppgaver" etterlater et inntrykk av at uklarheten går helt til topps i statsforvaltningen. Vi betviler at departementet har noen klar forestilling om hvilken lovfestet minimumsstandard man nå ønsker å styre apotekvesenet mot.

Apotekbransjen har tatt en rekke initiativer til å opprette dialog med myndighetene for å utrede nærmere hva som faktisk forventes av apotekene i forbindelse med ekspedisjon av reseptpliktige legemidler. Et grunnleggende ønske fra bransjen har vært å kartlegge nærmere hvilke arbeidsoppgaver legemiddelavansen er ment å dekke. Apotekforeningen må beklage at bransjens invitasjon til en slik dialog så langt er blitt avvist av myndighetene, som på denne måten aktivt unnlater å skaffe seg kunnskap om hva samfunnet risikerer å miste av faglig virksomhet i apotekene som konsekvens av statens manglende vilje til dialog med bransjen om hva statsfastsatte avanser er ment å skulle dekke.

Apotekforeningens syn er at den regulerte legemiddelprisen må ha en konkret og direkte sammenheng med de kostnadene apotekene har med å håndtere reseptpliktige legemidler og kundenes behov. Høringsnotatet gir beskjed om det ikke lenger er noen grunn til at apotekavansen skal gi kostnadsdekning for de oppgaver apotekene utfører i forbindelse med reseptekspedisjon. Apotekforeningen undres på om departementet forstår rekkevidden av denne politikkendringen, som forteller apotekene at det ikke lenger er grunnlag for å fokusere så mye på legemidler, og at apotekene ikke bør bruke ressurser på å utvikle området gjennom faglige støttesystemer, interaksjonskontroll mv.

At det virkelig *er* departementets nye politikk at apotekene skal gå for minimumsløsninger når det kommer til faglighet og kvalitet, følger av at hvis apotekenes kostnader til faglighet og kvalitet *ikke* holdes nede, så øker behovet for salg av ikke-legemidler (handelsvarer) – som jo skal finansiere de faglige aktivitetene – men som ifølge regelverket *samtidig* skal holdes *lavt* (maksimalt 15 pst. av apotekenes omsetning ifølge apotekforskriften). Med andre ord: Blir fagligheten i apotekene for sterk, utarter apotekene seg til parfymier og body-shops – hvilket apotekforskriften forbyr gjennom 15 pst.-regelen. Følgelig må apotekene ifølge regelverket også begrense sine kostnader til faglige aktiviteter så mye som mulig! Ut fra høringsnotatet kan det se ut som at departementet ikke har oppfattet denne nærmest absurde konsekvensen av sin nye krysssubsidieringspolitikk.

1.5 Er apotekene omfattet av statens visjoner for helsetjenesten?

Høringsforslaget slutter seg til en praksis som viser at sektoren styres uten andre mål enn prisreduksjoner og faktisk med et ønske om at bedringen i tilgangen til apotek skal reduseres. Dette ligger fjernt fra hvordan helsemyndighetene tilnærmer seg all annen offentlig og privat helsetjeneste, der helhetlig kvalitetsarbeid står sentralt i den tilnærmingen. Vi viser i den forbindelse til "...og bedre skal det bli! – Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten (2005 – 2015)" og "Hvordan holde orden i eget hus" – veileder for internkontroll i sosial- og helsetjenesten (henholdsvis IS-1162 og IS-1183 i Sosial- og helsedirektoratets skriftserie).

Visjonen for kvalitetsarbeidet i norsk helsetjeneste er "... og bedre skal det bli". Sosial- og helsedirektoratet skriver følgende:

"Sosial- og helsetjenesten i Norge fungerer godt på mange områder. Vi erkjenner likevel at tjenestene kan ha feil, mangler, svikt og uønsket variasjon. Visjonen indikerer ikke at tjenestene er dårlige, men rommer ønsket om en kontinuerlig bevegelse i retning mot det bedre".

Apotek er en del av helsetjenesten. Av den grunn bør den samme kvalitetstenkning legges til grunn for apotek. Vi synes det er en vesentlig mangel ved høringsnotatet at dette perspektivet ikke på noen måte gjenfinnes i departementets høringsnotat. Hvis denne unnlatelsen skal indikere at myndighetene ikke legger samme kvalitetsmålestokk til grunn for apotek som for annen helsetjeneste, forutsetter Apotekforeningen at dette kommer tydelig frem i relevante dokumenter.

Apotekenes egen visjon er å være en partner for sikker legemiddelbruk. Apotekene besitter autorisert helsepersonell som har trygg legemiddelforsyning og sikker legemiddelbruk i Norge som sin lovbestemte hovedoppgave. Gjentatte styringssignaler fra staten om at apotekene skal legge mer fokus på å hente inntjening fra ikke-legemidler signaliserer at staten ikke deler denne visjonen. Dette reduserer farmasøytens interesse for å velge apotek som arbeidsplass, og bidrar således til svekkelse av apotekenes posisjon som faghandel.

2 Virkninger i legemiddelmarkedet

2.1 Fare for leveringssvikt grunnet for lave priser

I 2002 erfarte man at forsyningene av virkestoffet metoprolol sviktet. Dette ble sett i sammenheng med økt etterspørsel på verdensmarkedet, kombinert med lave priser i Norge, slik at leveranser til betalingsvillige markeder ble prioritert foran leveranser til Norge. Opplagt var dette et utslag av at myndighetene *de facto* hadde satt prismålet høyere enn målet om tilgang til legemidler – selv om denne målavveiningen ikke hadde kommet til uttrykk i noe offentlig dokument. Den manglende legemiddeltilgangen var et resultat av iverksatt politikk.

Patentet på virkestoffet metoprolol er gått ut. Det er gitt markedsføringstillatelse til to leverandører av generiske alternativer til originalen Selo-Zok, men ingen generikaleverandører har startet leveranser. 98-pakningen av Selo-Zok har en maksimalpris på kr 229,40. 28-pakningen har en maksimalpris på kr 88,80. Kan det tenkes at den manglende interessen for å levere generiske alternativer skyldes at de allerede lave prisene på virkestoffet i Norge blir så sterkt redusert når stabil generisk konkurranse inntreffer og virkestoffet inkluderes i trinnprissystemet at det blir økonomisk uinteressant? Apotekforeningen må legge til grunn at man med "stabil generisk konkurranse" forstår en situasjon der en eller flere generikaleverandører kan dekke hele markedets etterspørsel.

Tidspunkt for når et produkt meldes inkludert i trinnprissystemet må ta hensyn tiden fra avtale med leverandør er inngått til leverandøren faktisk klarer å forsyne markedet. Denne tiden vil henge sammen med blant annet internasjonal tilgang til virkestoffer og priser i de ulike markedene. Lavere trinnpriser i Norge må forventes å lede til at leverandører prioriterer leveranser til Norge lavere, hvilket kan øke tiden det tar fra patent utløper til generika blir tilgjengelig. I tillegg vil forsyningssikkerheten generelt svekkes, jf. erfaringen med Selo-Zok. Det kan argumenteres med at man ved bortfall av forsyninger til Norge av produkter som er inkludert i trinnprissyste-

met, må suspendere trinnpris for angjeldende virkestoff(er), idet forsyningsmangelen bekrefter mangel på stabil generisk konkurranse.

2.2 Enda større fare for negative innkjøpspriser til apotek

Trinnprissystemet er i utgangspunktet å anse som sluttprisregulering. Departementet har valgt å innvilge minimumsavanser innenfor trinnprissystemet lik maksimalavansene utenfor trinnprissystemet, ut fra sin forståelse av at dette er nødvendig for å sikre at frittstående apotek ikke gis urimelig dårlige vilkår fra sin grossist. Kombinasjonen av sluttprisregulering på den ene siden – der sluttprisen defineres som en prosentandel av gammel maksimalpris, og på den andre siden minimumsavanser for apotek der man har et kronepåslag på innkjøpsprisen lik minst kr 21,50, tilsier at en trinnpris på kr 26,90 (inkl mva) gir grossist og leverandør en samlet inntjening ekskl. mva på 2 øre. Disse 2 ørene skal dekke produksjon, dokumentasjon og distribusjon for leverandør og grossist. Til sammenlikning krever Posten kr. 7,00 for å distribuere et brev.

Slik vi leser høringsnotatet og tidligere diskusjoner med forvaltningen, erkjennes faren for negative priser, men at dette tenkes løst ved bruk av skjønnsmessig fastsatte trinnpriser. Når man i det enkelte tilfellet anvender skjønn, må man nødvendigvis ta stilling til om man står overfor negative priser eller ei. Apotekforeningen antar at Helse- og omsorgsdepartementet ser absurditeten i negative priser, og således innser at trinnpriser lavere enn kr 26,90 ikke under noen omstendighet skal finne sted. I møte med Apotekforeningen 7. august uttalte departementet at anledningen til skjønnsmessig å fastsette trinnpriser gjør at negative priser ikke er noe problem i dag. Likevel er det i gjeldende liste over trinnpriser¹ 17 tilfeller der trinnprisen er kr 26,90 eller lavere, hvilket er ensbetydende med negative priser inn til apotek. Dette kan vanskelig tolkes annerledes enn at dagens skjønnsanvendelse ikke er et effektivt virkemiddel for å forhindre negative priser. Sett i dette lys forstår vi ikke hvorfor departementet er uvillig til å definere en nedre trinnprisgrense. En nedre trinnprisgrense på kr 40 pluss merverdiavgift vil berøre 72 varenumre (gitt dagens trinnprissatser), og vil koste staten ca 1,5 mill kroner, men vil redusere faren for negative priser, øke forutsigbarheten i systemet og forenkle arbeidet med å beregne effekter av eventuelle endringer i trinnprissystemet. Uviljen til å vurdere en slik minstepris – uansett nivå på en sådan – kan vanskelig tolkes i annen retning enn at departementet forbeholder seg retten til i noen tilfeller å mene at negative priser er ønskelig. Det er vanskelig å se noen rasjonell begrunnelse for dette, og vi ber departementet vurdere dette spørsmålet på nytt i et rimelighetsperspektiv.

Grossistene har leveringsplikt. Denne plikten ble innført i en tid der negative priser ikke kunne oppstå. Det kan dermed reises tvil ved om leveringsplikten gjelder ved negative priser. Ved negative priser, vil frittstående apotek få insentiver til å bestille uante mengder av legemidler med negative priser, ettersom negative priser gjør at innkjøp gir inntekter i apotek selv om legemidlet ikke selges videre! Trukket ut i det ekstreme, vil frittstående apotek kunne benytte dette til å kjøpe grossistene konkurs. Selv om dette naturligvis ikke vil være aktuelt, illustrerer forholdet likevel det absurde i negative priser, samt departementets påfallende lite imøtekommende holdning overfor grossistene ved ikke å ville gjøre noe med det. Forholdet representerer en så vidt markant og spesiell ubalanse i trinnprissystemet, de økonomiske dimensjonene til tross, at Apotekforeningen forventer en nærmere begrunnelse for negative priser i St. prp. nr. 1 (2007 – 2008) til høsten.

¹ <http://www.legemiddelverket.no/upload/30864/Trinnprispakninger%2002.07.07.xls>

3 Kommentarer til departementets fremgangsmåte (prosess)

3.1 Tiltak før kunnskap er etablert – ekstern prisgjennomgang

Helseministeren varslet under interpellasjonsdebatt i Stortinget 17. april i år en bredt sammensatt gruppe som skal se på metode for prissammenlikning mellom land:

"Så har jo spørsmålet om pris naturlig nok vært framme i debatten. Til det har jeg lyst til å si at for å sjekke at vi ligger prismessig på et riktig nivå i Norge i forhold til andre land, så ønsker jeg å ta initiativ til en ekstern prisgjennomgang, for det må vi være helt trygge på. Ut fra de oppslag som har vært den siste tida, tror jeg det er klokt å ha en slik gjennomgang, og her ved er Stortinget informert om det."

Høringsnotatet stiller selv krav til prissammenlikninger, som imidlertid umulig kan være oppfylt for det faktiske grunnlaget som måtte ligge til grunn for forslaget. IMS-undersøkelsen av 15. juni i år som det vises til i høringsnotatet, tilfredsstiller høringsnotatets krav i langt større grad, men departementet har valgt ikke å sette seg inn i denne. Apotekforeningen stiller seg undrende til at departementet ikke avventer nye prisreducerende tiltak inntil man faktisk hadde brakt på det rene faktum i saken, enten i form av helseministerens varslede eksterne prisgjennomgang eller ved en nærmere vurdering av de undersøkelser som faktisk foreligger allerede.

Departementet har tidligere begrunnet priskutt ut fra at prisene i andre land angivelig har vært høyere enn i Norge. Gjennom IMS-undersøkelsen av 15. juni i år har departementet fått en kraftig indikasjon om at dette argumentet ikke lenger kan begrunne priskutt. Helse- og omsorgsdepartementets reaksjon er å signalisere at prissammenligninger bare har betydning for prispolitikken dersom de går i norsk disfavør, ikke ellers – jf. høringsnotatet som på side 9 avviser at ovennevnte eksterne prisgjennomgang vil påvirke departementets vurdering av trinnprissystemet og apotekenes maksimalavanse.

Etter flere runder med kutt i legemiddelprisene begrunnet i internasjonale prissammenligninger, finner vi det oppsiktsvekkende at internasjonale prissammenligninger plutselig ikke lenger er av betydning for departementet. Forklaringen kan ikke ligge i noe annet enn at prispolitikken styres av de hensyn og de argumenter som til enhver tid kan gi stadig nye priskutt et skinn av legitimitet. Prissammenligninger brukes bare dersom de tjener sparepolitikken, ikke ellers. En slik opportunistisk holdning er ødeleggende departementets troverdighet og for tillitsforholdet mellom bransjen og myndighetene.

3.2 Høringen lite egnet som substitutt for styringsdialog

Forslaget er sendt på høring med forkortet høringsfrist. Apotekforeningen har forståelse for at forkortede høringsfrister av og til er nødvendig, men kan vanskelig akseptere dette i en situasjon der det ikke eksisterer noen styringsdialog mellom bransjen og myndighetene. Hadde en slik styringsdialog vært etablert, ville vårt behov for supplerende informasjon formodentlig vært betydelig mindre, og en forkortet høring ville vært mer håndterbar for oss. De 20 spørsmål vi skriftlig stilte departementet 3. juli som grunnlag for bedre å kunne forstå forslaget og utferdige et høringssvar, avviste departementet som kommentarer til høringen, og tilbød et møte for å diskutere eller kommentere spørsmålene. På grunn av ferieavviklingen i departementet var det ikke mulig å arrangere møtet før over en måned etter at spørsmålene ble stilt. Møtet, som ble avholdt 7. august, ga heller ikke tilfredsstillende svar på alle våre spørsmål. Apotekforeningen stilte som forutsetning for møtet at det skulle skrives referat der svarene på våre spørsmål fremgår. Vi har ikke mottatt noe slikt referat. Vedlagt følger derfor Apotekforeningens referat fra møtet.

Proessen illustrerer at høringer i denne type spørsmål, med vidtrekkende konsekvenser for apotekenes rolle i helsesektoren, ikke kan erstatte en løpende styringsdialog mellom staten og apotekbransjen. Fraværet av en løpende og gjensidig forpliktende styringsdialog er påfallende i Norge hvis vi sammenligner med andre land. Danmark og Sverige er nære eksempler med apotekforvaltninger som innser at statens sterke innflytelse over apotekenes rammevilkår og sterke helsepolitiske interesse i apotekenes virksomhet må ledsages av en tett dialog. Den statlige innflytelsen er ikke avhengig av apoteksystem, og er således ikke mindre i Norge enn i våre naboland. Forskjellen ligger i at danske og svenske myndigheter har en oppriktig vilje til å utrette noe i folkehelsepolitikken gjennom apotekene, og at de anser økonomiske rammevilkår som et vesentlig verktøy i den forbindelse.

Den norske situasjonen er preget av nærmest total offentlig taushet mellom hvert rammevilkårskutt, som attpåtil kommer i posten som et høringsbrev mens statens representanter reiser på ferie. Myndighetene stiller i svært liten grad spesifikke krav til hva apotekene skal bidra med i helsesektoren foruten generelle, lite operative utsagn om at apotek skal bidra til å sikre kvalitet i legemiddelforsyningen etc. Dagens styring er basert på tilfældigheter, ikke på mål. Med en god styringsdialog ville bransjen ha kunnet kjent til de vurderingene departementet nå ha gjort seg allerede før saken ble sendt på høring. På den måten kunne bransjen ha bidratt til økt kvalitet på høringsnotatet, mindre grad av strid om virkelighetsbeskrivelsen og desto større fokus på løsninger og gode tiltak.

At departementet likevel foretrekker å holde dialogen på et minimumsnivå, er ikke egnet til å overraske, all den tid departementets altoverskyggende mål i legemiddelpolitikken er stadig lave priser, og så lenge departementet er opportunistisk nok til å sjonglere mellom argumentasjonslinjer og kun legge til grunn det som til enhver tid kan tale for priskutt (jf. departementets doktriner i høringsnotatet om at internasjonale prissammenligninger heretter bare skal ha stor vekt dersom de viser at norske priser er høyere enn andre lands). De langsiktige skadevirkningene av en slik legemiddelpolitikk kan være betydelige, og de kan være vanskelige å reversere. Det er lett å rive ned kvalitet og faglighet i apotekvesenet, men det kan være vanskelig å bygge det opp igjen. Hvis dagens legemiddelpolitikk - der myndighetene gjennom rammevilkårskutt bygger ned apotekene som faghandel, - fortsetter, er det en fare for at morgendagens ledere i norske apotek vil være like lite interessert i faglig virksomhet som dagens apotekforvaltning er.

Offentlige krav til hva apotekavansen skal dekke er en uutnyttet styringsmulighet, og en naturlig forutsetning for utvidelse av tjenestetilbudet i apotekene. En god styringsdialog, og spesifikt uttrykte forventninger til apotek fra myndighetene - gjerne i form av identifisering og prissetting av lovpålagte oppgaver - ville gitt myndighetene et presist styringsinstrument som ikke finnes i dag. I en slik situasjon ville man kunne bedrevet helsepolitisk styring av apoteksektoren gjennom endringer i prissettingen, analogt med måten man styrer andre deler av helsesektoren gjennom prissetting (normaltariff, DRG-satser etc).

3.3 For lite fagøkonomisk og annen spesialkompetanse involvert

Helse- og omsorgsdepartementets nye politikk vedrørende forholdet mellom inntjening på avanseregulert og ikke-avanseregulert salg (krysssubsidieringspolitikken) burde vært grundig analysert og ikke kvittert ut gjennom høringsnotatets generelle bemerkninger. Hvordan vil investeringer, forretningsmessig fokus, rekruttering og faglig innretning i apotek bli påvirket av et system der staten forutsetter at apotek skal øke prisene på ikke-avanseregulert salg for at staten skal få sine medisiner til underpris? Hvilke konkurransemessige effekter har det at apotekenes konkurranse-

kraft svekkes fordi prissettingen av de konkurranseutsatte varegruppene (handelsvarer og reseptfrie legemidler) må kompensere for manglende kostnadsdekning ved salg av reseptmedisin?

Departementet har i høringsnotatet valgt å mene at uheldige effekter av krysssubsidieringen ikke vil finne sted. Noen sammenhengende argumentasjon eller henvisninger til empiri som kan underbygge eller sannsynliggjøre dette, finnes ikke. Helse- og omsorgsdepartementets synspunkter kan derfor vanskelig tillegges noen særlig vekt. Sett i dette lys er det uheldig – men sikkert komfortabelt for departementet – at profilerte fagøkonommiljøer ved våre utdanningsinstitusjoner ikke står på høringslisten.

Med den korte høringsfristen departementet har valgt, samt tidspunktet for høringen midt i ferietiden, er det likevel begrenset i hvor stor utstrekning disse miljøene ville hatt mulighet til omfattende analyser. En riktigere fremgangsmåte i relasjon til utredningsinstruksens krav om at enhver sak skal utredes så godt som mulig, ville etter vår oppfatning vært å nedsette en ekspertkomisjon som kunne analysert virkningene av de dramatiske endringene vi nå ser i apotek- og legemiddelpolitikken. Fraværet av et slikt eller tilsvarende initiativ som kunne gitt en bedre konsekvensforståelse, må nødvendigvis få oss til å stille spørsmålet om departementet overhodet er interessert i andre virkninger av egen politikk enn lavere legemiddelutgifter for staten.

Krysssubsidiering mellom aktivitetsområder i apotek bryter videre fullstendig med hvordan øvrig helsetjeneste, av samme departement, forsøkes styrt og stimulert til å effektivisere, jf stykkprisfinansiering i sykehus og legenes takstsystem. Også dette taler etter vårt syn for at departementets forslag aldri burde vært fremmet uten en grundig og tungt faglig forankret konsekvensanalyse.

3.4 Mindre inngripende tiltak er ikke vurdert

Høringsnotatet tilfredsstiller ikke Nærings- og handelsdepartementets utdyping av utredningsinstruksen i forhold til konsekvenser for de næringsdrivende². I veilederen kan følgende leses:

"Hvert enkelt fagdepartement er ansvarlig for å foreta den nødvendige konsekvensvurdering. Denne skal inneholde en vurdering av konsekvensene for offentlig forvaltning og private, herunder næringsvirksomhet og enkeltpersoner. Dette betyr at det enkelte fagdepartement er pålagt å vurdere konsekvensene offentlige tiltak påfører næringslivet. Konsekvensene skal så langt som mulig tallfestes, og alle forhold av betydning skal kartlegges og vurderes – også alternative virkemidler. Omfanget og innholdet i vurderingen skal avpasses sakens betydning og omfanget av antatte virkninger."

Formålet med høringsnotatet er etter det vi kan se å spare 70 mill kroner på statsbudsjettets kap 2751 post 70. Siden høringsnotatet også tallfester redusert egenbetaling knyttet til de ulike tiltakene, er det nærliggende å anta at også egenbetalingsreduksjon er et formål med tiltaket. Høringsnotatet begrunner ikke hvorfor man ønsker innført de minst formålseffektive løsningene, ikke-målrettede pris- eller avansekkutt. Innsparingsmålet på 70 mill kroner ville antagelig mer effektivt kunne blitt nådd på andre måter, med betydelig lavere kostnader for apotekene. Dette er ikke omtalt i høringsnotatet.

² http://www.regjeringen.no/nb/dep/nhd/dok/veiledninger_brosjyrer/2000/Naringsokonomiske-konsekvensvurderinger.html?id=87674&epslanguage=NO (Næringsøkonomiske konsekvensvurderinger - en veileder i arbeidet med offentlige reformer, regelverk og tiltak).

Departementet hevdet i møtet med Apotekforeningen 7. august at flere tiltak var vurdert, og at det var de beste som var sendt på høring. I brev av 3. juli ba vi om å få beskrevet alle de vurderte tiltakene. Departementet har ikke etterkommet denne anmodningen. Ettersom forslagene i foreliggende høringsnotat åpenbart ikke er de minst inngripende tiltakene, stiller vi oss tvilende til at departementet har realitetsvurdert andre løsninger.

3.5 Manglende partskontakt og foreleggelse for særlig berørte departementer

Høringsnotatet drøfter ikke nærmere verken hvilke strukturelle konsekvenser den foreslåtte politikken med utstrakt kryssubsidiering kan få for næringen, eller de konkurransemessige konsekvensene en slik kryssubsidiering kan ha. Vi vil i den forbindelse vise til næringsministerens utdyping av Utredningsinstruksen³, der det heter:

"Tiltak med vesentlige konsekvenser for næringslivet skal forelegges Nærings- og handelsdepartementet før alminnelig høring. Dersom det i tillegg avdekkes vesentlige konkurranseregulerende konsekvenser skal dette forelegges Arbeids- og administrasjonsdepartementet."

Under møtet med departementet 7. august fikk vi bekreftet at Helse- og omsorgsdepartementet ikke har forelagt saken for noen av de to nevnte departementene. Dette må bety at Helse- og omsorgsdepartementet enten ikke har fulgt regelverket, eller at de ikke har innsett at de i høringsnotatet tilkjennegir en politikkendring som over tid vil kunne ha betydelige både næringsmessige og konkurransemessige konsekvenser.

I næringsministerens utdyping av Utredningsinstruksen heter det videre:

"Etter hvert som synspunkter hentes inn kan næringslivets organisasjoner være til god hjelp ved vurdering og sammenstilling. Dette gjelder blant annet Næringslivets Hovedorganisasjon (NHO), Handelens og servicenæringens Hovedorganisasjon (HSH) og Bedriftsforbundet. I tillegg kan det være aktuelt å ta direkte kontakt med bransjer eller mindre bedrifter, som ser ut til å kunne bli særlig berørt av reguleringen."

(...)

"Dersom denne gjennomgangen viser at konsekvensene kan bli spesielt belastende for de mindre bedriftene, bør det vurderes å kontakte relevante bedrifter og organisasjoner for å få innspill til hvordan reguleringen/tiltaket kan gjøres mindre belastende."

Apotekforeningen representerer den desidert mest berørte bransjen, men er likevel ikke kontaktet i forkant. Den manglende etterlevelsen av næringsministerens instruks på dette punkt underbygger vår kritikk ovenfor om manglene i styringsdialogen mellom apotekbransjen og staten.

³ http://www.regjeringen.no/nb/dep/nhd/dok/veiledninger_brosjyrer/2000/Naringsokonomiske-konsekvensvurderinger.html?id=87674&epslanguage=NO (Næringsøkonomiske konsekvensvurderinger - en veileder i arbeidet med offentlige reformer, regelverk og tiltak).

4 Det politiske og faktiske grunnlaget for å sette ned prisene

4.1 Styringsmål for legemiddelprisene

Tidligere priskutt er begrunnet med prisnivået i andre land, jf. for eksempel St. prp. nr. 1 (2006 – 2007) som begrunnet det daværende kuttforslaget slik:

”Våren 2006 la Statens legemiddelverk fram en evaluering av trinnprisordningen som viser at de praktiske og administrative sidene ved dagens trinnprismodell har fungert etter intensjonen. Evalueringen konkluderer imidlertid med at prisnivået på generiske legemidler i Danmark og Sverige er lavere enn i Norge, og at apoteknæringen har særdeles god avkastning på salg av generiske legemidler. Departementet mener på denne bakgrunn at det er rom for å redusere prisene på generiske legemidler i Norge, utover det som følger av dagens trinnprismodell”.

Det er senere kommet frem at Legemiddelverkets valgte å bruke en metode som ikke ga grunnlag for å konkludere med at ”*prisinivået på generiske legemidler i Danmark og Sverige er lavere enn i Norge*”. Det interessante i denne sammenheng er imidlertid at departementet ”*på denne bakgrunn*” – altså med begrunnelse i nabolandenes prisnivå – foreslo priskutt. Priskuttets størrelse – hva det var ”*rom for å redusere priser*” med ble relatert til (det angivelige) prisgapet. Indirekte formulerte dermed Helse- og omsorgsdepartementet et styringsmål for de norske prisene på kopilegemidler: *Prisene på det norske forbruket av kopilegemidler skal være på linje med prisene på de samme legemidlene i Danmark og Sverige.*

For *patenterte legemidler* har det i flere år vært et styringsmål at de norske prisene skal være lik gjennomsnittet av de tre laveste prisene innenfor en priskurv med ni europeiske land.

Fordelen ved disse styringsmålene er at de gir god sikkerhet for at norske legemiddelpriser er lave, og dermed at det er god måloppnåelse i forhold til det legemiddelpolitiske målet om lavest mulig legemiddelpriser. Videre er styringsmålene objektivt etterprøvbare, slik at de gir de private aktørene i legemiddelforsyningskjeden forutsigbarhet og vern mot vilkårlig styring og maktmisbruk fra statens side (gitt at det faktiske grunnlaget staten opererer med – andre lands priser – er representativt og dekkende for det norske forbruket av kopilegemidler, og ikke er manipulert).

4.2 Andre lands legemiddelpriser som grunnlag for priskutt

Statens styringsmål for prisene på kopilegemidler ved inneværende års statsbudsjett – prisene i våre naboland – gir ikke grunnlag for nye priskutt. Departementet antyder selv dette i høringsnotatet, når det på side 5 uttales:

”Etter departementets vurdering er (derfor) observerte prisforskjeller mellom Norge og andre land på enkeltlegemidler innenfor trinnprissystemet ikke tilstrekkelig til å slå fast at prisene er for høye i Norge”.

At norske priser på det norske forbruket av kopilegemidler nå er lavere enn tilsvarende priser i Sverige og Danmark bekreftes i IMS Health sin prisundersøkelse av 15. juni i år. Undersøkelsen, som ble gjennomført på Apotekforeningens initiativ, viser at de veide gjennomsnittsprisene i Sverige og Danmark for de ulike trinnprisvirkestoffene er som følger (Norge = 1,0):

		Prisindeks (original + kopi)	
ATC-kode	Virkestoff	Danmark	Sverige
C10AA01	Simvastatin	1,51	0,97
N02CC01	Sumatriptan	0,65	2,30
C08CA01	Amlodipine	0,78	1,38
M05BA04	Alendronic acid	2,86	4,49
A02BC01	Omeprazole	0,75	0,82
R06AE07	Cetirizine	0,92	1,03
M01AB05	Diclofenac	1,83	1,36
C09AA05	Ramipril	1,99	1,53
N06AX11	Mirtazapine	0,54	1,01
N06AB04	Citalopram	0,73	1,61
N06AB06	Sertraline	0,81	1,35
C10AA03	Pravastatin	0,78	1,18
J01MA02	Ciprofloxacin	0,94	0,74

Dersom man kun ser på de generiske alternativene, forstyrres bildet av at det ikke finnes generiske alternativer for alle virkestoffene i Danmark og Sverige.

		Prisindeks (kun kopier)	
ATC-kode	Virkestoff	Danmark	Sverige
C10AA01	Simvastatin	1,54	0,68
N02CC01	Sumatriptan		
C08CA01	Amlodipine	0,71	1,08
M05BA04	Alendronic acid	1,93	
A02BC01	Omeprazole	1,09	1,32
R06AE07	Cetirizine	1,71	2,76
M01AB05	Diclofenac	1,86	2,36
C09AA05	Ramipril	2,67	1,38
N06AX11	Mirtazapine	0,56	1,04
N06AB04	Citalopram	0,91	0,45
N06AB06	Sertraline	0,37	0,41
C10AA03	Pravastatin	0,87	
J01MA02	Ciprofloxacin	1,17	2,76

Den vesentligste metodeforskjellen fra Legemiddelverkets undersøkelse som Helse- og omsorgsdepartementet brukte i St. prp. nr. 1 (2006 – 2007) er at IMS-undersøkelsen måler hva som faktisk betales i nabolandene for et norsk legemiddelforbruk, og således fanger hvilke priser som faktisk er tilgjengelig for pasientene. Slik vi har forstått det, brukte Legemiddelverket danske tilskuddspriser som sammenlikningsgrunnlag fremfor reelle priser. En konsekvens av dette, er at norske priser i Legemiddelverkets undersøkelse er sammenliknet med den danske stats *beta-lingsvillighet*, ikke legemidlenes faktiske pris.

4.3 Nytt styringsmål for prisene: Apotekenes "totale økonomiske situasjon"

Hvis Helse- og omsorgsdepartementet hadde holdt fast ved det styringsmålet for generikaprisene som departementet la til grunn senest forrige høst – andre lands priser – ville det ikke vært mulig å fremme det foreliggende kuttforslaget, som vil gi helseministeren 70 mill. kroner, gitt at høringsnotatets beregninger holder stikk. Departementet har derfor funnet opp et nytt styringsmål i år: Apotekenes "totale økonomiske situasjon".

Departementet skriver således under kapittel 4.1 i høringsnotatet at observerte prisforskjeller mellom Norge og andre land ikke er tilstrekkelig til å slå fast at prisene er for høye i Norge, men at det likevel foreligger *"klare indikasjoner på at det er rom for ytterligere reduserte priser"*. Disse indikasjonene baserer seg på departementets vurdering av apotekenes *totale økonomiske situasjon*, som dermed inkluderer også inntjening på ikke-avanseregulert salg. Dette omfatter alt fra reseptfrie legemidler til hudkremer og parfyme. Felles for mesteparten av dette handelsområdet er at det omfatter varer som omsettes i konkurranse med andre salgskanaler.

Til tross for at det er *"apotekenes totale økonomiske situasjon"* som departementet anfører som begrunnelse for sitt priskuttforslag, inneholder ikke høringsnotatet noen slik totalvurdering. Det er ingen redegjørelse for apotekenes inntjening verken på det *ikke-avanseregulerte salg* eller på salget av *patenterte legemidler*. Måten departementet anvender sitt nye vurderingstema på kan følgelig ikke etterprøves av høringsinstansene.

I vårt brev av 3. juli ba vi om å få se det tallmessige grunnlaget for departementets vurdering, samt vektleggingen av momentene som var vurdert. Under møtet i tilknytning til dette brevet 7. august, fikk vi fortalt at tall fra 2006 viser at omsetning og driftsresultater i apotek er økende, at man forventer tilsvarende utvikling for kjeder og grossister og at tall fra Brønnøysundregistrene vil bli innhentet. På spørsmål om myndighetene hadde gjort noen anslag på utviklingen i 2007, var svaret nei. Dette må bety at myndighetene i sin vurdering av apotekenes totale økonomiske situasjon ikke har tatt hensyn til at trinnprisene ble kuttet med 242 mill kroner 1. januar 2007, men har basert sin vurdering på ufullstendige 2006-data og forventninger om et tallgrunnlag som ikke foreligger.

Utover noen generelle observasjoner av apotekenes overskudd, synes departementets *"totalvurdering"* å være begrenset til enkelte teoretiske resonnementer. Som det mest fremtredende anfører departementet som argument for å redusere apotekenes inntekter at apotekenes *"posisjon som faghandel"* gir apotekene en *"konkurransfordel som kan tas ut i høyere priser og avanse"*. Departementet sikter her til prisene på vareutvalget som har konkurranse fra andre salgskanaler. Siden departementet bruker denne teoretiske muligheten til å ha høyere priser som argument for å senke prisene på det avanseregulerte salget, er det vanskelig å lese dette som annet enn en statlig oppfordring til å ha høyere priser i apotek på sortiment som pasientene betaler av egen lomme. Dette er meget beklagelig. Apotekene ønsker å være konkurransedyktige i forhold til andre salgskanaler, men det er ikke lett når staten forutsetter at inntektene fra det vareområdet som møter priskonkurranse fra andre kanaler skal subsidiere den delen av salget som påvirker statsbudsjettet: reseptpliktige legemidler. Dessuten synes departementet å glemme at apotekenes konkurransefordel som faghandel ikke kommer av seg selv, men har store kostnader knyttet til seg. Dette er i første rekke kostnader til høyt utdannet arbeidskraft, men også kostnader knyttet til fullsøritimentskravet og andre særkrav som kun gjelder apotek.

4.4 Forslaget går på tvers av tidligere vedtatt politikk

Det nye styringsmålet for apotekenes økonomi bryter med tidligere formulert politikk. Den nye politikken er i strid med det som ble varslet i St. meld. nr. 18 for 2004 – 2005 (Legemiddelmeldingen), og også med uttalelser som departementet ga så sent som i august 2006 i sitt høringsnotat om kuttet i legemiddelprisene for inneværende år.

I Legemiddelmeldingen annonserte departementet klare kriterier for vurdering av apotekenes avanse. I høringsnotat om prising av generiske legemidler av 11. august 2006 sa departementet følgende om apotekavansene:

"Departementet er imidlertid av den oppfatning at avansen bør framstå som rimelig både for generiske legemidler og patenterte legemidler, isolert sett."

I det foreliggende høringsnotat går departementet bort fra det man tidligere har sagt bl.a. til Stortinget. Departementet legger i stedet opp til et regime der det ikke skal være noen kobling mellom hvilke kostnader apotek har knyttet til reseptekspedisjonen og den avansen som ekspedisjonen genererer. Vurderingen av avansenivået reduseres til en "totalvurdering" hvor momentene som skal vurderes og vektingen av disse skal være ukjent for alle bortsett fra departementet. Denne mangelen på transparens representerer en politisk risiko knyttet til apotekvirksomhet som er egnet til å redusere eventuelle nye aktørers vilje til å etablere seg i markedet. Praksisen blir dermed konkurransefiendtlig, uten at noen slik konkurransevekkelsen så vidt vi forstår er forankret i helsepolitiske mål.

Legemiddelmeldingen kap 8.6.1 *Apotekenes rolle i dag* tar i likhet med apotekloven selv et klart og aktivt standpunkt knyttet til apotekenes rolle som faghandel, og hvilke implikasjoner dette gir for hvilke varer og tjenester som apotekene kan tilby:

"Apotekloven legger vekt på å opprettholde apotekene som en faghandel. Apotekenes særpreg som faghandel for legemidler skal ikke utvannes gjennom salg av produkter og tjenester som står fjernt fra det helse- og legemiddelfaglige. Dette kan redusere publikums tillit til kompetansen i apotek og ta fokus bort fra kjerneoppgavene for de ansatte."

Dette står i skarp kontrast til det foreliggende høringsnotatet, der det heter på side 7:

"Vi legger til grunn at det er apotekenes totale rammevilkår som avgjør i hvilken grad de har økonomisk evne til å utfylle sin rolle i helsetjenesten. Det kan videre anføres at apotekene, gjennom sin monopolsituasjon som forhandler av reseptpliktige legemidler, er gitt en posisjon som faghandel som gir apotekene en konkurransefordel på de områder der apotekene konkurrerer med helsekost-, parfymeri- og dagligvarehandelen. Denne konkurransefordelen kan tas ut i høyere priser og avanse. Eventuelle endringer i apotekenes maksimale avanse eller endringer i prisnivået for legemidler innenfor trinnprissystemet må dermed baseres på en vurdering av apotekenes totale rammevilkår. Eksempler på forhold som vil kunne inngå i en slik vurdering er apotekenes inntjening på ikke prisregulerte varer og tjenester, muligheter for effektiviseringsgevinster og endringer i reguleringen av salg av legemidler utenom apotek (LUA)."

Det nye i det siterte avsnittet, er departementets utforming av krysssubsideringspolitikken og inkorporeringen av denne i sin prispolitikk ved at apotekenes inntjening på salg av legemidler skal reduseres i takt med økt inntjening av ikke-regulert salg. Dette er stikk i strid med tidligere vedtatt politikk, som tvert om har pekt på farene ved at en slik krysssubsidering over tid med nødvendighet vil lede til at fokus i apotek vris bort fra legemidler når dette salget i stadig mindre grad bidrar til inntjeningen. Legemiddelverket er blant dem som har pekt på dette da de i sin avanserapport av oktober/november 2006 skrev:

"Store forskjeller i lønnsomhet på ulike produktgrupper kan påvirke incentivstrukturen i apotekene. I den grad et segment er mer lønnsomt enn et annet er det naturlig at apotekene fokuserer på de mest lønnsomme områdene."

4.5 Konklusjon: Upresise styringsmål gir grunnlag for vilkårlige priskutt

Helse- og omsorgsdepartementets nye styringsmål for legemiddelprisene – apotekenes totale rammevilkår – er i strid med tidligere vedtatt politikk. Mer alvorlig sett fra et bransjeståsted er at styringsmålet er upresist og umulig å etterprøve. Det gir følgelig ingen forutsigbarhet for apoteknæringen og anvendelsen av det er således direkte i strid med det departementet selv anfører i høringsnotatet som en vesentlig verdi:

”Formålet med at myndighetene fastsetter prisene på legemidler er bl.a. å begrense det offentliges og pasientenes utgifter til legemidler, men samtidig opprettholde forsvarlige og forutsigbare rammevilkår for apoteknæringen”.

Vilkårligheten i departementets forslag illustreres av høringsnotatets argumentasjon og henvisninger til ulike faktiske forhold kunne vært tatt til inntekt for et nær sagt hvilket som helst kuttforslag. At kuttforslaget har fått den innretning det faktisk har fått, har formodentlig ingen annen reell begrunnelse enn at det er akkurat 70 mill. kroner helseministeren trenger for å saldere sitt budsjett ved denne korsveien.

Hvis statens nye, og ikke etterprøvbare, ”totaløkonomiperspektiv” skal være grunnlaget for statens fremtidige økonomistyring av apoteksektoren, sier seg selv at apotekene blir svært sårbare for vilkårlige inntektsreduksjoner, og at uforutsigbarhet blir et dominerende element i de økonomiske rammevilkårene. Apotekforeningen advarer sterkt mot en slik vilkårlig politikk, som vi frykter kan ha store, langsiktige skadevirkninger for landets apotekvesen.

Vilkårligheten illustreres videre av departementets klart uttrykte motvilje mot å gå i dialog med apoteknæringen om de økonomiske rammevilkårene. Ved å utforme rammevilkårene i sitt selv-pålagte isolat presser departementet grensene for forsvarlig myndighetsutøvelse, samtidig som muligheter tapes for å nå de samme økonomiske målene med mindre skadevirkninger for de andre legemiddelpolitiske målene.

Vi oppfordrer igjen departementet til å gå i forpliktende dialog med apoteknæringen om de økonomiske rammevilkårene og styringsmålene for så vel apotekavansen som prisene på kopilegemidler. Uten presise og etterprøvbare styringsmål på disse områdene – men med vilkårlighet og uforutsigbarhet satt i system – vil statens prispolitikk for legemidler bli en gjentatt kilde til konfrontasjon og uenighet med apoteknæringen i årene fremover. Vi stiller et stort spørsmål ved ansvarligheten og fornuften i en slik konfrontasjonslinje fra departementets side.

5 Særlig om forslaget om å redusere avansen

5.1 Høringsnotatets forslag og helsepolitiske kapitulasjon

Som alternativ til økte kuttsatser for trinnprislegemidler foreslår departementet en reduksjon av den statlig fastsatte avansen på apotekenes salg av patenterte reseptpliktige legemidler.

Forslaget er som *virkemiddel* ikke nærmere analysert eller begrunnet i høringsnotatet. Begrunnelsen er kun knyttet til det *behovet* for inntektsreduksjoner som departementet mener å ha funnet i ”apotekenes totale økonomiske situasjon”. Imidlertid har departementet en kort fremstilling i høringsnotatets pkt. 4.3 av kriteriene for fastsettelse av avansen, der den vesentligste politikkendringen er at inntektene fra annet salg enn legemidler (muligheten for krysssubsidierting) skal være det sentrale kriteriet. Dette kriteriet kan i prinsippet begrunne både nullavanse og negativ

avanse, dvs at apoteket *betaler* for salg av reseptpliktige legemidler. Departementet åpner dermed for en total vilkårlighet og rettsløshet i avansepolitikken, der det er departementets dagsform som til enhver tid bestemmer om – og i tilfelle hvor mye – apotekene skal tjene på salget av avanseregulerte legemidler.

Når departementet – ved å koble avansen til apotekenes økonomiske resultater – så tydelig kobler avansevurderingen *bort fra* hvilke oppgaver apotekene skal utføre til gjengjeld for den avanse departementet innvilger, har departementet samtidig frasagt seg avansen som et helsepolitisk styringsverktøy. Slik må det nødvendigvis bli når avansen ikke skal ha noen annen funksjon enn å være en kilde til innsparing over statsbudsjettet, under henvisning til forventninger om apotekenes, apotekkjedenes eller grossistenes økonomiske resultat. Dette illustrerer at departementet – om det har tro på sitt eget høringsforslag – enten:

- a) ikke lenger har noen helsepolitisk agenda når det gjelder apotekenes innsats i legemiddelpolitikken ut over det å få legemidlene fysisk frem til kundene, eller
- b) har oversett at muligheten til å nå helsepolitiske mål på området henger sammen med finansieringen.

5.2 Forholdet til tidligere offisielle uttalelser om avansen

Departementets forslag til nytt kriterium der salg av handelsvarer skal påvirke apotekenes avanser på avanseregulert salg, harmonerer til dels svært dårlig med tidligere offisielle uttalelser på dette området, både fra regjering og Storting. Vi viser i den forbindelse til St. meld. nr. 18 for 2004 – 2005 (Legemiddelmeldingen), men også til Helse- og omsorgsdepartementets høringsbrev om legemiddelprisene fra august 2006 og Legemiddelverkets avanserapport fra oktober samme år.

Forvirringen og inkonsistensen er i lys av dette så stor at vi tillater oss å foreslå for departementet at avansepolitikken stilles i ro inntil Stortinget får en mulighet til å en helhetlig gjennomgang av den. Vi antar den kommende apoteklovproposisjonen er en passende anledning. Den endringen i avansepolitikken som høringsnotatet beskriver, har dessuten så vidtrekkende helsepolitiske konsekvenser at det vil være svært søkt å gjennomføre den uten særskilt stortingsbehandling.

5.3 Budsjettvirkninger av forslagene til avansekkutt

Hva angår budsjettvirkningen av kuttalternativene, vil vi innledningsvis bemerke at vi ikke har sett regnestykkene departementet legger til grunn. Vi har imidlertid hentet ut tall fra vår egen bransjestatistikk, som registrerer alle relevante prisopplysninger fra ethvert salg fra mer enn 99 pst av landets apotek. Basert på tall fra bransjestatistikken synes departementet å ha undervurdert effekten av avansekkuttforslagene. Våre regnestykker – basert på de urealistiske nullvekstforutsetningene fra høringsnotatet (normalt må man forvente en økning i forbruket, hvilket også øker effekten av avansekkutt) – antyder at 1,3 pst reduksjon i prosentavansene vil gi en blåresettinnsparing på minst 81 mill kroner, og en samlet kutteffekt for apotekene på minst 149 mill kroner – mer enn dobbelt så mye som den innsparing staten vil ha til seg selv. Dette vil i så fall utgjøre 252 000 kr pr apotek (inkl mva). Dersom man vil benytte disse avansesatsene, må knekkpunktet heves fra 200 til 251 kroner for at budsjettmålet skal nås. Det vil i så fall redusere kutteffekten på apotekene til 132 mill kroner.

Det andre kuttalternativet, der prosentkutt på 1,7 pst kombineres med 1 kr økning i kronetillegget, gir – med samme forutsetninger som over – etter våre beregninger en blåreseptinnsparing på minst 106 mill kroner, og en samlet kutteffekt for apotekene på 195 mill kroner. Dette vil i så fall utgjøre 330 000 kr pr apotek (inkl mva).

Forskjellene kan sammenfattes i følgende tabell:

Årlig DDD-vekst = 0	1,3 pst kutt i prosentsatser		1,7 pst kutt i prosentsatser, 1 kr økning i kronetillegg	
	Apotekforeningen	Høringsnotat	Apotekforeningen	Høringsnotat
Samlet kutteffekt	149 mill	115 mill	195 mill	112 mill
Blåreseptinnsparing	81 mill	70 mill	106 mill	70 mill

Både høringsnotatets og våre regnestykker viser at avansekkutt slik som beskrevet i høringsnotatet er en svært lite effektiv måte å spare 70 mill kroner på, idet bruttokuttet for næringen er vesentlig høyere enn tilsiktet innsparingsbeløp. Vi vil også få legge til at dersom man antar at forbruksveksten i 2006 og 2007 er like stor som den var i 2006, vil grunnlaget for avansekkuttberegningen ha steget med 7,3 pst. Effekten av å inkludere vekstforutsetning kan fremstilles i følgende tabell:

Årlig DDD-vekst = 3,6 pst	1,3 pst kutt i prosentsatser		1,7 pst kutt i prosentsatser, 1 kr økning i kronetillegg	
	Apotekforeningen	Høringsnotat	Apotekforeningen	Høringsnotat
Samlet kutteffekt	172 mill	115 mill	226 mill	112 mill
Blåreseptinnsparing	91 mill	70 mill	123 mill	70 mill

Tabellen viser at dersom man viderefører forbruksveksten fra 2006, vil høringsnotatets avansekkutforslag redusere apotekenes inntekter med rundt 170 mill kroner – 100 mill kroner mer enn formålet med kutforslaget: å spare 70 mill kroner for folketrygden..

Avvikene mellom våre regnestykker og departementets regnestykker er så store at det etter vår vurdering vil være ugunstig for begge parter å gjennomføre departementets avansekkutforslag uten nærmere diskusjon om hvorfor partene har kunnet komme til så forskjellige effektberegninger.

6 Andre kommentarer til høringsnotatets innhold

6.1 Feil i budsjettforutsetninger

I møte med departementet 7. august 2007 fremgikk det at høringsnotatet baserer seg på omsetning siste 12 måneder slik de fremkommer i statistikken fra Farmastat, og at det ikke er tatt høyde for endringer i forbruk/omsetning innenfor trinnprissystemet i 2007.

Vi vil minne om at departementet inneværende år har budsjettert med innsparing knyttet til foretrukket legemiddel for triptanene, hvilket vil øke etterspørselen etter trinnprislegemidlet sumatriptan. Det er også budsjettert med 30 mill kroner i innsparing på foretrukket legemiddel for protonpumpehemmerne, noe som vil øke etterspørselen etter trinnprisvirkestoffet omeprazol. Vi vil videre minne om at Lipitor 10 og 20 mg ble fjernet fra blåreseptlisten 1. juli i år fordi departementet i St. prp. nr. 69 (2006 – 2007) var misfornøyd med at det fortsatt var mange brukere av Lipitor som ikke har byttet til simvastatin. Innsparingseffekten inneværende år ble satt til 40 mill kroner, hvilket tilsier en helårseffekt på 80 mill kroner. De aktuelle styrkene av Lipitor har en

pris som er omtrent 5 ganger høyere enn det Legemiddelverket synes å mene er ekvivalente doser simvastatin. Dette bør bety at en innsparing knyttet til Lipitor på 80 mill kroner, bør gi en merutgift til simvastatin på i størrelsesorden 15 mill kroner. Dette er det så langt vi kan se ikke tatt høyde for i høringsnotatet, hvilket bidrar til at alle beregnede effekter av kutt i trinnprisen på simvastatin er undervurdert.

Høringsnotatet legger til grunn nullvekst i legemiddelforbruket, samt at ingen nye legemidler tas opp i trinnprissystemet i 2008. Dette er forutsetninger som allerede er varslet brutt av Legemiddelverket. De varslet pr e-post 3. august i år at legemidlene Efexor og Seroquel vil bli inntatt i trinnprissystemet fra 1. september i år. Efexor omsatte i 2006 for 122,1 mill kroner. Seroquel omsatte for 51,5 mill kroner. I tillegg vet vi at patentet på Lipitor (atorvastatin) er utløpt i Norge. Lipitor omsatte i 2006 for 371 mill kroner, og vil således kunne omfattes av endringer i trinnprissystemet. Inklusjon av disse tre virkestoffene vil øke den samlede omsetningen av trinnprisprodukter betydelig, og dermed også påvirke budsjettanslaget. Høringsnotatet drøfter ikke dette, selv om det er åpenbart at innsparingseffekten av kuttalternativene i høringsnotatet vil øke som følge av dette, så vel som hastigheten i departementets nedbygging av apotek som faghandel.

Erfaringen fra tidligere er at departementet vanligvis i stor grad tar med seg alle effekter som er egnet til å øke innsparingsanslaget. I denne saken tyder mye på at departementet er kommet i skade for å overse flere relevante momenter. Gjennomføring av høringsnotatets forslag vil dermed etter alt å dømme gi til dels vesentlig høyere budsjetteffekt enn forutsatt i notatet.

6.2 Internasjonale prissammenlikninger

Prisundersøkelsen som lå til grunn for departementets høringsnotat av august 2006 hadde store metodiske svakheter og ga opphav til betydelig uenighet mellom apoteknæringen og legemiddelforvaltningen. Departementet valgte den gang ikke å realitetsvurdere prisundersøkelser som da forelå fra det internasjonale analysebyrået IMS Health.

I forkant av foreliggende høring oversendte vi en ny undersøkelse fra IMS Health – trolig den grundigste prisundersøkelsen vi har sett på denne siden av ny apoteklov. Denne undersøkelsen baserer seg på vektete tall, og inkluderer minst 80 pst av omsetningsverdien for de mest solgte legemiddelformene innenfor hvert virkestoff i trinnprissystemet. Undersøkelsen konkluderer med at vektete priser fra Sverige anvendt på det norske forbruket av trinnprislegemidler, vil gi en *utgiftsøkning* i Norge på 26 prosent, mens vektete priser fra Danmark ville gi en *utgiftsøkning* i Norge på 4 pst. Norsk legemiddelforbruk er således billigst med norske priser. Det er derfor ikke grunnlag for å påberope svenske og danske priser som begrunnelse for kutt i norske trinnpriser. Undersøkelsen slo videre fast at patenterte legemidler i Norge er billigere enn i alle de land Legemiddelverket ser hen til når norske maksimalpriser fastsettes.

Med veide gjennomsnittspriser, slik man har i IMS' undersøkelse, gis produkter med liten omsetning mindre vekt enn produkter med høyere omsetning. På den måten får man fram et bilde av hva som faktisk betales for legemidler i våre naboland. Denne metodikken er i tråd med det departementet i foreliggende høringsnotat krever av prisundersøkelser. I høringsnotatet kap 4.4.1 uttrykker departementet det slik:

"Når det skal foretas en prissammenlikning vil vekting av disse faktorene kunne ha stor innvirkning på resultatet av sammenlikningen. Det kan også være slik at en generikaproducent som selger sitt preparat til en lav pris i et marked ikke har leveringskapasitet til å

forsyne hele markedet. For å få en reell oversikt over prisnivået blir det da nødvendig å vekte prisene slik at prisen på de faktisk mest omsatte pakningene får størst vekt.”

Departementet baserer sin vurdering av prisnivået i Norge på en undersøkelse fra Legemiddelverket som ser på 13 virkestoffer. Vi minner om at trinnprissystemet består av 34 virkestoffer pr dato og at departementets beskrivelse av Legemiddelverkets undersøkelse avdekker at undersøkelsen ikke tilfredsstillende de krav departementet stiller til slike undersøkelser, jf. sitat over. Vi setter pris på at departementet erkjenner dette i høringsnotatet:

”Vi gjør også oppmerksom på at denne prissammenlikningen er basert på en svært enkel metode og dermed ikke gir et fullstendig bilde av situasjonen. Dette skyldes bl.a. at det ikke er tatt hensyn til svingninger i pris over tid, og i fordeling av omsetningsvolum mellom ulike leverandører.”

Vi finner det imidlertid kritikkverdig at departementet har valgt ikke å realitetsvurdere IMS sin undersøkelse av 15. juni 2007 – som omfatter atskillig flere virkestoffer enn Legemiddelverkets tidligere undersøkelser og som også vekter priser slik departementet krever. Henvisningen i høringsnotatet om at departementet først 5. juni ble gjort oppmerksom på IMS-undersøkelsen er ikke riktig. Apotekforeningen orienterte Legemiddelverket om bestillingen som var gitt til IMS allerede 24. april 2007 under et møte i våre lokaler. Forvaltningen har således kjent til at denne informasjonen ville foreligge før sommeren, men har valgt å se bort fra dette. Det kritikkverdige i dette ligger etter vårt syn i at departementet på denne måten har frattatt både seg selv og høringsinstansene muligheten til å få et bedre høringsgrunnlag gjennom en undersøkelse som tilfredsstillende de krav til prisundersøkelse som høringsnotatet selv stiller opp.

6.3 Udokumenterte henvisninger til effekter av indeksprissystemet

I høringsnotatets kap 5 hevder departementet at det nå avviklede indeksprissystemet ville ha ledet til at utsalgsprisene ville ha reflektert produsentenes utsalgspris tillagt 10 prosent grossist-avanse og generell maksimal apotekavanse. Departementet konkluderer med at et slikt prisnivå ville vært et vesentlig lavere prisnivå enn det vi har i dag.

Apotekforeningen har ikke funnet støtte for departementets påstander i tidligere års budsjett-dokumenter, stortingsbehandlinger eller evalueringer.

På direkte spørsmål om grunnlaget for henvisningen til indeksprissystemet (først fremsatt i brev av 3. juli 2007 og deretter gjentatt i møte 7. august) kunne ikke departementet vise til i hvilke dokumenter det står beskrevet at indeksprissystemet ville ha ledet til lavere priser enn det vi ser i dag. Det eneste Apotekforeningen har funnet, er at departementet i St.prp. nr. 1 (2002 – 2003) la til grunn at indeksprissystemet ville gi en innsparing på 93 mill kroner. Vi vil i den forbindelse minne om at trinnprissystemet har gitt innsparing på rundt 1 milliard kroner.

7 Apotekforeningens valg mellom høringsnotatets alternativer

7.1 Apotekforeningens primære preferanser

Primært ønsker Apotekforeningen ingen av alternativene som foreslås. I likhet med høringsnotatet finner ikke vi heller grunnlag for å hevde av generikapriser i Norge er høyere enn i våre nabo-land. Ut fra de styringsmål som så langt er blitt lagt til grunn i generikapolitikken skulle det dermed heller ikke være grunnlag for lavere priser på kopilegemidler. Det samme gjelder patentle-

gemidlene, som i Norge er blant de lavest prisede i Europa – og lavere enn i alle de land Legemiddelverket ser hen til når maksimalpriser i Norge fastsettes.

Apotekforeningen antar at høringsnotatets egentlige formål er å skaffe til veie en innsparing på 70 mill kroner på statsbudsjettet snarere enn å endre sentrale forutsetninger i apotek- og legemiddelpolitikken. I så fall burde høringsnotatet også vurdert andre, mer måleffektive virkemidler ut fra en stram problemstilling om hvordan 70 mill. kroner kan skaffes til veie enklest mulig. I stedet velger høringsnotatet å pakke innsparingsforslagene inn i nyutviklede og svært konstruerte prinsipper for apotek- og legemiddelpolitikken, som umulig kan være særlig gjennomtenkte. Vi beklager dette sterkt fordi de nye prinsippene i sine konsekvenser er så ekstreme og kontraproduktive med hensyn til oppnåelse av legemiddelpolitiske mål (utover prismålet) at de i realiteten gravlegger sentrale deler av legemiddelpolitikken utformet så sent som i forbindelse med legemiddelmeldingen våren 2005.

Høringsnotatet stiller opp flere forskjellige kuttinnretninger som alle hevdes å gi en innsparing for folketrygden på 70 mill kroner. Høringsnotatet tar ikke stilling til hvilket av de oppstilte alternativer som er å foretrekke, eller om det finnes andre alternativer som bør velges. Det siste ville antagelig vært tilfelle dersom departementet hadde vært interessert i å utvikle en tettere og tillitsfull dialog med bransjen om økonomistyringen.

Vi gjentar vår oppfordring om dialog og samarbeid. Bransjens primære interesse ligger i forutsigbarhet om rammevilkårene og klare styringsmål, både med hensyn til økonomiske rammevilkår og faglige rammevilkår. Forutsigbarhet og klare styringsmål oppfattes vanligvis som forvaltningsmessige kjerneverdier, og vi har vanskelig for å forstå hvorfor departementet ikke ønsker det samme på dette området.

7.2 Apotekforeningens subsidiære preferanse

Høringsnotatets forslag om redusert avanse på patenterte legemidler vil etter vårt syn ha klart større skadevirkninger for apotekene og deres funksjon i helsetjenesten enn forslaget om økte kuttsatser på kopilegemidler i trinnprissystemet. Stilt overfor høringsnotatets alternativer, anser Apotekforeningen sistnevnte som minst belastende. Når det gjelder utformingen av nye trinnprissatser, anser Apotekforeningen at den løsningen blant de oppstilte alternativene som best ivaretar de hensyn vi antar departementet formodentlig vil vektlegge, er løsningen som beskrives i kap. 6.3.2. i høringsnotatet. Her introduseres det nye beløpsgrenser som grunnlag for nye kuttsatser, beskrevet slik i høringsnotatets forskriftsutkast:

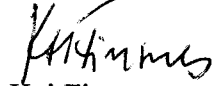
”For legemidler med omsetning på 30 millioner kroner eller mer innenfor en 12 måneders periode etter at det er fastsatt trinnpris etter bestemmelsen i annet ledd nr. 2, kan Statens legemiddelverk fastsette kuttsats på 80 prosent av utgangsprisen. For legemidler med omsetning på 15 millioner kroner eller mer innenfor en 12 måneders periode etter at det er fastsatt trinnpris etter bestemmelsen i fjerde ledd nr. 2, kan Statens legemiddelverk fastsette kuttsats på 65 prosent av utgangsprisen. Ny trinnpris etter denne bestemmelsen kan tidligst inntreffe 12 måneder etter siste ordinære kutt er gjort gjeldende.”

Denne løsningen vil ha høy effekt ved at den foretar priskutt på de mest omsatte trinnprislegemidlene, samtidig som kutt foretas der det ventelig er sterkest konkurranse blant leverandører.

Apotekforeningen foreslår videre at minimumstrinnpriser innføres i kombinasjon med endringene i trinnprissystemet. Slike priser vil begrense faren for negative priser. Ved endringer av kutt-

satsene i trinnprissystemet som gir den tilsiktede provenyeffekten på 70 mill. kroner vil man kunne kombinere kuttsatser og minimumstrinnpriser på en slik måte at man får den forutsatte innsparingen samtidig som faren for negative priser minimaliseres. Slike minimumstrinnpriser vil øke systemets forutsigbarhet og øke muligheten for presist å beregne effekten av mulige endringer i systemet. En minstepris på kr 40 ekskl. mva vil koste folketrygden 1,5 mill kroner.

Med vennlig hilsen
APOTEKFORENINGEN



Kai Finsnes
adm. direktør

Vedlegg:

1. Innholdsfortegnelse
2. Referat fra møte mellom 7.8.2007 mellom Apotekforeningen og Helse- og omsorgsdepartementet