

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Deres ref.: 200703254-/TIK

Vår ref.: 26212/CQ/pcr/eu Oslo 16. august 2007

Høring om prising av byttbare legemidler og apotekenes maksimalavanse

Legemiddelindustriforeningen (LMI) viser til høringsnotat fra HOD datert 22. juni 2007. Innledningsvis er LMI kritisk til at departementet har valgt å bruke kun åtte uker som høringsfrist på forslag som sendes ut rett før sommerferieavvikling. Høringsfrist på tre måneder er etter vår mening nødvendig for at det skal være mulig for organisasjoner til å gjennomføre en tilstrekkelig god intern høringsprosess blant medlemmene før svaret sendes. Vi viser i denne forbindelse også til tidligere klagesak overfor Sivilombudsmannen, der Sivilombudsmannen som kjent var kritisk til Helsedepartementets bruk av forkortet høringsfrist.

Høringsnotatet legger til grunn at det i 2007 skal spares inn 70 millioner kroner for folketrygden og 15-45 millioner i redusert egenbetaling for pasientene gjennom enten kutt i trinnpriser eller kutt i apotekenes generelle avanser.

I løpet av de siste årene har det blitt gjennomført en rekke tiltak for å redusere folketrygdens refusjonsutgifter, som bl.a. innføring av ordninger med foretrukket legemiddel for flere store pasientgrupper og fjerning av legemidler fra blåreseptlisten. I disse dager pågår det dessuten arbeid med å revurdere refusjonsstatusen til legemidler på flere større terapiområder. Alle disse refusjonstiltakene får direkte konsekvenser for norske pasienters legemiddelbruk.

LMI kan ikke se at HOD i tilstrekkelig grad har lagt fram en begrunnelse for hvorfor det er nødvendig med dette innsparingstiltaket på 70 millioner kroner. Veksten i folketrygdens utgifter til legemidler er redusert de senere år, og det er bare noen få måneder siden kuttsatsene i trinnprissystemet ble endret. Helse- og omsorgsministeren har dessuten annonsert at HOD skal få gjennomført en internasjonal prisanalyse. Det mest naturlige hadde derfor vært å vente med å foreslå endringer til dette faktagrunnlaget kommer på bordet.

Vi kan altså vanskelig se at forslaget om kutt på minst 70 millioner kroner er begrunnet i faktiske forhold i markedet. LMI er prinsipielt i mot at det foreslås et slikt kutt på nåværende tidspunkt. Men dersom det er et politisk flertall for å gjennomføre kutt nå, mener vi at generikaområdet fremstår som et område der det kan være rom for å hente ut ytterligere innsparinger. Tidligere prissammenligninger med andre land har vist at de norske trinnprisene i hovedsak ligger høyere enn prisen som folketrygden betaler i Sverige og Danmark. LMI kan

imidlertid ikke se at det foreligger dokumentasjon på at de norske apotekavansene er for høye i forhold til andre land eller i forhold til arbeidet som apoteket utfører for avansen. SLV konkluderte da også senest i fjor med at det ikke var grunnlag for å foreta endringer i apotekenes avanser.

Hensyn som bør tas ved eventuelle endringer i trinnprisene

En hovedutfordring ved trinnprissystemet er at systemet forsøker å modellere hva som hadde vært effektene av en konkurranse i et apotekmarked der det er slått fast at de tre kjedene som kontrollerer 96% av markedet ikke vil konkurrere på utsalgspris. I andre land kan myndighetene nyte godt av effektiv konkurranse mellom legemiddelprodusentene, men dette er ikke mulig slik strukturen er i Norge i dag. Prisene (i kroner) på legemidler som tas opp i trinnprissystemet varierer til dels betydelig. Det medfører at faste prosentvise kutt lett kan føre til feilregulering ved at man for det enkelte legemiddel enten setter trinnprisene for høyt eller for lavt i forhold til den aktuelle situasjonen. Vi har allerede sett eksempler på legemidler som får "negativ" AIP når man trekker fra vanlige apotekavanser fra trinnprisene. Legemidler som kommer svært lavt ned i pris står naturlig nok i fare for å bli trukket fra markedet med mindre SLV fastsetter minstepriser for disse. Fastsettelse av minstepriser for en rekke pakninger bidrar med å komplisere trinnprisordningen ved at den blir tyngre å administrere. Nye trinnpriskutt for legemidler som i utgangspunktet har en forholdsvis lav pris i kroner, vil bidra til å aktualisere denne problematikken ytterligere. Dette gjelder uavhengig av hva slags "miks" av trinnpriskutt man velger for de enkelte omsetningsgruppen. Problemstillingen er like aktuell for legemidler med høy omsetning som legemidler med lavere omsetning. Denne typen effekter vil trolig bli størst dersom man velger å ta hele priskuttet innenfor bare en omsetningsgruppe. Dette taler etter LMIs mening for å fordele eventuelle kutt på alle tre omsetningsgrupper. Vi har imidlertid ikke grunnlag for å kunne si noe om hvor mye som bør kuttes innenfor hver av disse gruppene.

I høringsnotatet nevnes det som en mulighet at grensen for den tredje omsetningsgruppen kan senkes fra 100 millioner etter siste trinnprisfastsettelse til 50 millioner kroner, slik at det er mulig å få plassert et virkestoff til i gruppen som i dag kun inneholder simvastatin. LMI kan ikke se at det er foretatt analyser som tilsier at det er grunnlag for en slik endring. Etter vår mening bør dagens omsetningsgrupper ligge fast inntil det foreligger en mer omfattende analyse av nivået på de enkelte trinnprisene.

I høringsnotatet antydes det at HOD ønsker å innføre en tredje kuttsats for legemidler som har en årlig omsetning over et gitt beløp ett år etter innføring av trinnpris. LMI vil peke på at den største styrken til dagens trinnprissystem ligger i at det er forholdsvis enkelt og forutsigbart. Både enkeltheten og forutsigbarheten vil svekkes dersom det innføres en slik tredje kuttsats. Dessuten risikerer man også her å komme opp i den ovenfor nevnte minsteprisproblematikken hvis man skal fortsette å kutte med 5 til 10 nye prosentpoeng utover eksisterende kuttsatser.

Konkurransemessige hensyn ved fastsettelse av trinnpriser

Det er godt dokumentert at trinnprissystemet er god butikk for de vertikalt integrerte apotekkjedene. Det er imidlertid ikke like opplagt at det samme er tilfellet for de uavhengige apotekene. Disse er tvunget til å kjøpe trinnprislegemidler fra sine konkurrenter, hvilket gir dem et betydelig konkurransemessig handikap. Når trinnprisene kuttes ytterligere, vil det gå hardest utover økonomien til de uavhengige apotekene fordi apotekkjedene kan fordele tapene på flere ledd. Det som tilsynelatende kan se ut som et beskjedent omsetningstap pr. apotek, vil derfor slå relativt sterkest ut for de uavhengige apotekene.

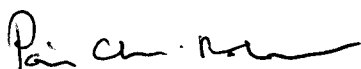
Fra 1. juli ytes det kun refusjon opp til legemidlets faktiske utsalgspris når denne er lavere enn trinnprisen. Kjedeuavhengige apotek har gitt klart uttrykk for at de med denne endringen i praksis mistet den muligheten de hadde til å konkurrere med kjedeapotek ved at de kunne tilby lavere egenandeler på trinnprislegemidler på blå resept.

Flere undersøkelser har vist at kjedeuavhengige apotek har lavere utsalgspriser enn kjedeapotek på både blåresepter og hvite resepter samt på reseptfrie legemidler. Etter LMIs mening representerer de uavhengige apotekene et nødvendig korrektiv til kjedeapotekene, som har uttalt at de ikke vil konkurrere på pris (hvilket også er stadfestet gjennom prisundersøkelser). Det er derfor viktig at man i prisreguleringene ser spesielt hen til hvordan reguleringene vil påvirke konkurransesituasjonen til kjedeuavhengige aktører. Dette taler for at man i det videre reguleringsarbeidet bør se nærmere på forhold som er mer direkte rettet mot legemiddelgrossistene. Sentralt her står spørsmålet om hvordan man kan få til mer konkurranse i grossistleddet.

Avslutningsvis vil vi minne om at LMI tidligere har foreslått at trinnprisene, i likhet med maksimalprisene, bør reguleres på AIP og AUP. Vi mener at HOD bør vurdere dette på nytt. En slik regulering vil gi de uavhengige apotekene en garantert trinnpris AIP. Dernest fastsettes det en apotekavanse for trinnprislegemidler som sikrer at alle apotek vil kunne tjene på å selge trinnprislegemidler. LMI minner dessuten om at Stortinget i forbindelse med behandlingen av legemiddelmeldingen tok til orde for en fortsatt AIP og AUP regulering av maksimalprisene. Etter LMIs mening er det logisk at trinnprisene også reguleres på de samme nivåene. AIP og AUP fastsettelse vil dessuten gi helsemyndighetene flere muligheter til å kunne styre prisene og holde oversikten over markedet på en langt bedre måte enn i dag. Argumentene som taler for AIP og AUP regulering av maksimalpriser gjør seg gjeldende også for trinnprislegemidler.

Med vennlig hilsen

Legemiddelindustriforeningen (LMI)


Pål Christian Roland
Adm. direktør


Erling Ulltveit
Rådgiver