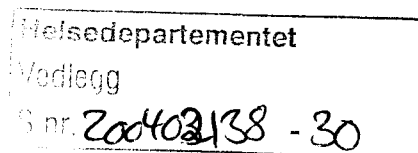


# ***Euromedica Norge ASA***



**Helsedepartementet**  
**Ref; 200402138/LMS/VP dat 30/4 2004**

**Oslo 30 juni 2004**

## **Tilsvar- høringsnotat med frist 30. juni d.å.**

Vi takker for muligheten til å fremme våre synspunkter. Vårt selskap innehar legemiddel leverandør erfaring gjennom 10 år både som generikaleverandør og parallellimport-leverandør. Vårt selskap mener derfor å besitte inngående kjennskap til alle tidligere modeller – på godt og ont.

## **Innledning**

Maktfordeling mellom prisregulerende myndigheter, legemiddelgrossistene som distributører med tilhørende apotekerierskap, og leverandører av legemidler representerer i dag et problem. Markedet har utviklet seg i en ugunstig retning med hensyn til fri konkurranse og utviklet seg til et tredelt monopol. Grossistene inngår avtaler for å sikre seg maksimal inntjening og kontroll av prisbildet og dermed markedet. Avtaler med 1-en eller et fåtall generika-leverandører tegnes. Legemidler som er inne i indeksprisystemet rabatteres ikke, mens resten av porteføljen er avtaleforhandlet ned til sterkt reduserte priser. Dette gir optimale forhold og store inntjeningsmuligheter for grossistene. Da grossistene også er eiere av apotekene, er det ingen reell konkurranse mht. "Grossistvirksomhet". Dette medfører at de store rabattene ikke kommer sluttbruker eller RTV til gode. Totalavtaler gir lite eller ingen markedstilgang for leverandører med smale produktporteføljer som er villige, og som ønsker å tilby billige generika helt frem til sluttbruker. Ingen av kjedene/grossistene er villige til å ta disse leverandørene inn i sortimentet da det vil medføre redusert inntjening for dem. Gevita har selv tilbudt generika til grossistene til sterkt reduserte priser uten at de har villige til å reflektere over tilbudene. Vi vet også at andre mindre leverandører har opplevd det samme. Vårt bidrag for å gi store besparelser for samfunnet er vanskelig for kanskje best beskrevet med ordene "umuliggjort og eliminert."

# ***Euromedica Norge ASA***

Konsekvensene av dette, i tillegg til liten konkurranse, vil etter noe tid innebære at de markedsføringstillatelser som eies av mindre leverandører vil falle bort/avregistreres dersom ikke disse "fullgode legemidler" har livets rett. Det neste en kan fornemme er monopolsituasjoner med ytterst få tilbydere av generika.

Det er viktig å forstå at inngangsbilletten for generika innebærer store kostnader; både på grunn av lang omstendelig registreringsprosess i legemiddelverket med dertil hørende høye kostnader, men også betydelige avgifter/ kostnader til produsent. Med andre ord, et selskap som satser på generika forstår at det er heftet særdeles høye kostnader til markedsføring og salg, og det er spesielt at slik satsing ikke fører til noe som helst på grunn av systemet- som faller uheldig ut i vårt tilfelle. Med beste pris og leveringsevne burde det være muligheter.

En ide for effektivt å redusere prisene på generiske legemidler må være å redusere Grossistene/ kjedenes markedsrett. Eventuelle nye modeller bør ta høyde for dette. Nedenfor vil vi kort summere våre kommentarer til de ulike modellene. Hovedfokus vil være modellenes evne til å sterkt redusere dagens priser.

## **Indeksprismodellen**

Systemet har hittil ikke vist seg å fungere; prisreduksjonene er små..

På lang sikt vil det lønne seg for kjedene å selge dyre legemidler. Vi ser at for de legemidlene som omfattes av systemet i dag ligger prisene langt høyere enn i Sverige og Danmark.

## **Gevinstdelingsmodellen**

Denne modellen baseres på gevinstdeling som ved en pris på 100 og en rabattert pris på 50 vil lede til at apotek/grossist får 25 og RTV/sluttbruker 25.

Modellen åpner ikke for særlig konkurranse. Igjen er det hovedavtaler som kontrolleres av grossistene og som ikke gir andre leverandører mulighet til å delta. Dette er vel god nok grunn til å forstå at det ikke skaper noen særlig form for fri konkurranse som igjen kan gi lave priser.

## **Anbudsmodellen**

Med denne modellen mener vi at maksimal innsparing kan muliggjøres med fri konkurranse mellom aktørene/tilbydere i markedet. Med ett års leveringsavtale (som LIS i dag) vil forutsigbarhet være tilstede, noe som vil sikre leveringsevne. Det å administrere en slik modell vil kunne baseres mye på datamaskinkraft og bl.a., -på erfaring fra LIS.

Hvis 1 -én offentlig instans gjør valget, vil tiden som kreves for gjennomgang av tilbud fra aktørene være kostnadsbesparende og relativt rimelig.

# ***Euromedica Norge ASA***

Forutsetningen er at modellen baserer seg på følgende:

- RTV fremsetter anbud en gang per år
- Aktørene får beskjed et halvt år før avtale trer i kraft. Det er viktig for produksjonsplanlegging og dermed sikker levering.
- Alle generika er med i sortimentet
- Anbudet baseres på virkestoff og/eller pakning (for å sikre best dekning av behovet kan det kanskje være en fordel å dele styrker mellom to ulike tilbydere, slik at ikke én tilbyder skal levere alle styrkene.)
- Det settes et tak på distribusjonsmarginen til grossistene, som alle plikter å levere de varene som måtte bli avtalefestet.
- AIPmax og AUPmax settes av SLV som før.
- Ved rekvirering av originalprodukter som er priset betydelig høyere enn det som er valgt gjennom anbudskonkurransen, foreslår vi at pasienten betaler differansen. Dette gir et valg til forskrivende lege.

## **Tilskuddsprismodellen**

Dette er en modell som praktiseres i Danmark hvor man ikke har den samme integreringen av apotek og grossister som i Norge. Modellen er logistikkmessig ugunstig for leverandør da forutsigbarheten som er nødvendig for å kunne inneha nødvendige volumer av det i øyeblikket "beste pris"-legemiddelet er betydelig vanskelig. Basert på samtaler med leverandører til det danske markedet kommer det klart frem at de ikke er tilfredse med modellen av ovennevnte grunn. Modellen vil for Norge i tillegg igjen invitere til kjedemakt og avtaleregulering.

## **Trappetrinnsmodellen**

Dette er den modellen som vil gi størst makt til grossistene/kjedene og som dessuten ikke innebærer de helt store endringer fra den som praktiseres i dag. Spesialavtaler med de aktører som tilbyr store produktporteføljer og som nødvendigvis ikke er billigst på hvert enkelt produkt, vil fortsatte. Kjedene vil være tjent med å selge dyrest mulig produkt innenfor refusjonsrammen og forhandle store rabatter på disse produktene fra leverandørene. Dette vil som i dagens modell hindre fri konkurranse og muligheter for at de små leverandører med billige produkter blir favorisert. Vi mener at dette fører til mindre besparelser for RTV.

Vår erfaring er at det er mulig å selge generika med mer enn 50 % prisreduksjon sammenlignet med originalproduktet uten konkurranse.

# *Euromedica Norge ASA*

## **KONKLUSJON:**

Som nevnt over mener vi at et veivalg er nødvendig for å effektivt redusere dagens prisnivå.

Valget bør inkludere en vektbalansering mellom alle aktører i markedet uten å tilgodese enkelt grupperinger slik som tilfellet er nå.

Vi mener at den beste modellen for å oppnå dette er anbudsmodellen. De andre modellene innebærer konsentrert makt og dermed dårlige/ reduserte muligheter for besparelser.

Med vennlig hilsen

John G. Reimertz  
Adm. Dir

<u>Analyse og innspill</u>								
<u>Krav</u>	<u>Indekspris- modellen</u>	<u>Gevinst- delingensmodellen</u>	<u>Modeller Anbuks- modellen</u>	<u>Tilskuddspus- modellen</u>	<u>Trappetrinns- modellen</u>	<u>Merknad</u>		
Raskt prisfall ut fra apotek på byttbare legemidler minst på linje med det som observeres i de land som sammenlignes	L	M	S	S	M			
Hyppe bytter mellom legemidler bør begrenses	S	M	S	L	D			
Administrativt håndterbart system	L	L	S	L	S			
Systemet må være robust med hensyn til måloppnåelse	L	L	S	M	M			
Kravene til leveringsdyktighet må ivaretas slik at pasientene ikke blir skadelidende eller påføres egenandeler som ikke er tilsiktet	M-S	M-S	M-S	L	S			
Transparent og forutsigbart for markedsaktørene	L	L	S	S	L			
<u>Oppfyller kravet</u>								
S = Beste								
M= middels								
L = Dårlig ( Lite bra)								