

Vedlegg 4 til NAFs høringsuttalelse

Nærmere om andre modeller for prisregulering av generiske legemidler

Indeksprismodellen

NAF viser til vurderinger om indeksprismodellen som er gjort innledningsvis i vår høringsuttalelse.

Både ECON Senter for økonomisk analyse¹ og Program for helseøkonomi i Bergen HEB² har evaluert indeksprissystemet. Begge evalueringer konkluderer med at modellen ikke virker etter sin intensjon, og at indeksprismodellen ikke makter å redusere prisene i generikamarkedet tilstrekkelig. De konkluderer også med at modellen er tungvint å administrere.

NAF mener erfaringene med indeksprismodellen er så klart negative at den ikke kan fortsette å være hovedmodell for prisregulering av legemidler med generisk konkurranse. Modellen har vist at den ikke gir tilstrekkelig prisreduksjon, fordi insentivene i modellen ikke er tilpasset dagens markedsstruktur og aktører som tenker og agerer langsiktig. I tillegg til at modellen ikke gir store nok prisreduksjoner, gir den heller ikke raske nok prisreduksjoner. Praktiseringen av indeksprismodellen viser videre at dette er et meget komplisert system med meget store administrative kostnader for så vel markedsaktører som myndigheter. Modellen krever en stor mengde rapportering fra grossistene og til dels fra apotek, og et stort administrativt apparat hos myndighetene for oppfølging og kontroll. Erfaringene viser også at modellen kan gi grunnlag for ulik fortolkning av rapporteringsgrunnlaget og øke potensialet for feilrapportering og suboptimal markedstilpasning.

Gevinstdelingsmodellen (GIP-regulering)

NAF viser til vurderinger tidligere i høringsuttalelsen, der vi argumenterer for en sluttprisregulering for legemidler, og sterkt i mot at myndighetene skal forsøke å regulere prisene på alle andre nivå. Denne argumentasjonen gjelder ikke minst for generikamarkedet. NAF er følgelig sterk motstander av GIP-regulering (regulering av Grossistens InnkjøpsPris).

Gevinstdelingsmodellen i departementets høringsnotat forutsetter at myndighetene regulerer avansen i alle ledd i verdikjeden, med svært store informasjonsbehov for myndighetene. Myndighetene vil neppe ha tilgang på tilsvarende grossist innkjøpspriser i andre land. For å sette en "GIP" må derfor myndighetene ta utgangspunkt i apotekets innkjøpspris (AIP) eller apotekets utsalgspris (AUP), deretter trekke fra en beregnet avanse/margin for hhv apoteket og grossisten. Siden myndighetene uansett må regulere legemiddelets sluttpris, forutsetter dette at man så legger avansen på hhv grossistleddet og apotekleddet.

Denne reguleringen krever en ekstrem mengde rapportering fra grossistene og et stort administrativt system for kontroll og oppfølging. Modellen er unødvendig komplisert, og kan gi grunnlag for ulik fortolkning av rapporteringsgrunnlaget og øke potensialet for feilrapportering og uønsket markedstilpasning. Modellen vil svekke grossistenes forhandlingsmakt og prispress overfor legemiddelindustrien, og slik svekke grunnlaget for

¹ ECON, Rapport 2004-010 "Evaluering av apotekloven og indeksprissystemet".

² HEB (Program for helseøkonomi i Bergen) rapport 17-2003 "Evaluering av ny apoteklov og indeksprissystemet, og Notat 20-2003 "Pris- og avanseregulering i legemiddelmarkedet"

større prisreduksjoner. Det er etter NAFs mening usikkert om gevinsten i form av prisreduksjoner vil overstige de økte administrasjonskostnadene.

Anbudsmodellen

Anbudsmodellen vil åpenbart ikke være egnet som hovedmodell for prisregulering av generikamarkedet. Helsemyndighetene i flere andre land, som England og Danmark, har gjort omfattende vurderinger ifm innføring av en anbudsmodell. Ingen land har valgt denne modellen, som har avgjørende svakheter. En anbudsmodell kan egne seg i enkelte avgrensede delmarkeder som sykehus (jfr LIS), men ikke som hovedmodell for prisregulering av et marked.

Modellen forutsetter at enhver leverandør får enerett på leveranser til ethvert delmarked. Det må leverandørene ta høyde for i pristilbudet. Samtidig kan valgmulighetene og konkurransen svekkes dramatisk fordi andre leverandører blir ekskludert fra markedet i en periode. En anbudsmodell vil bli oppfattet som et inngrep i legenes frie forskrivningsrett. Leger og pasienter avskjæres i en slik modell fra mulighetene til å velge alternative produkter.

Anbudsmodellen utnytter ikke grossistenes innkjøpskompetanse og forhandlingsmakt. Det vil også være ressurskrevende for myndighetene å avholde hyppige anbudskonkurranser med et svært høyt antall produkter.

Tilskuddsprismodellen

Denne modellen, slik den er beskrevet i departementets høringsnotat, er en kopi av den danske modellen for prisregulering av generikamarkedet. Danske myndigheter forlater imidlertid nå selv denne modellen pga misnøye med den. Omfattende endringer er i ferd med å bli gjennomført. Et offentlig utvalg har nylig (mai 2004) lagt frem en innstilling som peker på svært store svakheter ved den danske modellen. Det er allerede avklart politisk at den gjeldende modellen ikke vil fortsette uten store endringer.

I Danmark har den beskrevne modellen gitt en egenbetaling for kundene som kan være uforutsigbar og høy for mange legemidler. Dette er dels kompensert ved at kommunene har innført ordninger som dekker hoveddelen av denne egenbetalingen. I tillegg er om lag halvparten av alle danske arbeidstakere dekket av private forsikringsordninger som dekker de økte egenbetalingene, mens mange andre ikke har noen slik dekning. Noe lignende er neppe aktuelt i Norge. Dersom tilsvarende kompensasjonsordninger skulle innføres i Norge, vil det endre de samfunnsøkonomiske effektene av en slik ordning vesentlig.

Den modellen som er beskrevet i departementets høringsnotat er tilpasset den danske markedsstrukturen, som er grunnleggende forskjellig fra den norske. I Danmark er det for eksempel i prinsippet fri prisfastsettelse på legemidler ved at leverandørene selv melder inn sine priser. Prisene kan endres hver 14. dag. Den danske strukturen utelukker videre konkurranse mellom grossister og mellom apotek. Modellen er laget for å passe inn i det danske markedet, som preges av en sterk nasjonal legemiddelindustri, samtidig som legemiddelgrossistene har svært liten forhandlingsmakt. Det er etter NAFs mening en vesentlig innvending at modellen er spesialtilpasset en markedsstruktur som er grunnleggende forskjellig fra den norske.

Pris- og avansereguleringen i Danmark er også på andre områder vesentlig ulik den norske. Nivået på den samlede apotekavansen i Danmark forhandles mellom myndighetene og bransjen. Apotekenes samlede inntekter blir derfor ikke berørt av hvilke inntekter de har fra

generiske legemidler. Danske apotek har en langt høyere avanse på reseptpliktige legemidler på patent enn norske apotek. Danske helsemyndigheter ser apotekenes avanse på generiske legemidler i et helhetsperspektiv, der avansen på patentlegemidler er det viktigste.