

HØRINGSUTTAELSE

Prising av generiske legemidler

Tilsvar til Helsedepartementets høringsnotat
av 11.august 2006

Oslo, 22. september 2006



Helse- og Omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Oslo, 22. september 2006

**Prising av generiske legemidler.
Departementets forslag til endringer i lov og forskrift vedrørende fastsetting
av pris og refusjonspris for legemidler som har generisk konkurranse –
høringsuttalelse.**

Vi viser til Helsedepartementets høringsnotat 11. august 2006 og vil i det følgende redegjøre for de frittstående apotekenes vurderinger av forslagene i dette.

SAMMENDRAG/KONKLUSJON

Grossistenes leveringsplikt og avansenivå (§12-19)

I en samlet vurdering av forslagene i Helsedepartementets (HOD) notat om prisregulering for generiske legemidler i et apotekmarked bestående av vertikalintegreerte apotekkjeder og frittstående apotek, er Apotekgruppen tilfreds med at HOD har opprettholdt grossistenes leveringsplikt og avansenivå. Endringen (i siste del) er en betydelig forbedring som må bli stående. Bestemmelsen om maksimum 15% avanse er avgjørende for frittstående apotek. Det vil utsette frittstående apotek for en ekstrem forretningsmessig risiko om denne blir fjernet, fordi grossistene vil presse marginen til det ytterste, dersom det blir mulig. Grossistene har til nå ikke kunnet garantere levering av alle trinnprisvarer til innkjøpspriser som sikrer frittstående apotek en minimumsavanse. Det er derfor av avgjørende betydning at § 12-19 opprettholdes og etterlevelse sikres.

Apotekenes plikt til å levere legemidler til trinnpris (§12-18)

Denne forslaget forutsetter at grossistene kan levere varer til en AIP innen hver byttegruppe som tillater apoteket å selge med minimum lovbestemt avanse (ref. § 12-19). Vi erfarer at dette ikke er tilfellet; tilbudet fra grossistene er variabelt og ustabil. Gevinstdeling er det i dag bare frittstående apotek som etterlever, fordi rabatterte AIP'er ikke eksisterer hos kjedeapotekene. Frittstående apotek har ikke mulighet til å oppjustere AIP. Farmapro (datavaren som apotekene bruker i dag) kan ikke håndtere HOD's forslag om § 12-18 "Apotek kan kreve en AUP lik trinnpris for et legemiddel, selv om apotekets innkjøpspris med tillegg av maksimalavanse er lavere enn trinnpris." Det vil medføre betydelige praktiske problemer og stor risiko for å bare å kunne oppnå en lavere AUP, fordi Farmapro ikke håndterer noe annet.

Refusjon av legemidler med trinnpris (§ 12-17)

HOD har fremmet tilsvarende forslag 06.01.2006. Vi viser til vårt høringsbrev datert 24.02.2006, samt Konkurransetilsynets svar på høring av forskriftsendring for refusjon av trinnpris datert 16.02.2006. Apotekgruppen advarer mot denne endringen fordi det kan føre til en rekke uheldige situasjoner. Apotekgruppen fremsetter i denne sammenheng et forslag til forskriftsendring for å hindre prisdumping for RTV's regning.

Foreslåtte/alternative reguleringsmodeller m.v. (§ 12. 14-16)

I den foreslåtte § 12-16 beskrives en modell for fastsettelse av trinnpris som er en videreføring av dagens modell, nemlig prisfastsettelse på preparatnivå, ikke på virkestoffnivå – B1. Vi anser alternativ B1 som den administrativt enkleste å håndtere, til tross for de betenkeligheter som HOD anfører. Vi forventer at den skjønsmessige vurderingen i siste ledd også omfatter hensynet til apotekleddets inntjening. En ny prismodell må sikre en tilfredsstillende avanse for apotekleddet, slik at det kan oppnås konkurranseleikhet.

I tråd med dette er det vår oppfatning at man bør vente med endringer på dette området til rapporten fra SLV om avansestrukturen i apotek er klar.

Dagens reguleringsmodell - vår evaluering

I FarmaPro er det aldri blitt utviklet systemer som gir mulighet til å prise trinnprisvarer til maksimal trinnpris, for derved å øke kundens egenbetaling og redusere RTV's, dersom dette var ønskelig.

Høring av lovendring

Apotekgruppen støtter HOD's forslag.

BAKGRUNN

Frittstående apotek er apotek som ikke eies av apotekkjeder eller grossister, i alt 32 apotek, hvorav 25 distriktsapotek. Disse er organisert i Apotekgruppen, etablert i 2003.

Alle reguleringer som gjelder apotek i dag må ses i det perspektiv at det fins to strukturelt forskjellige typer private apotek: apotek som eies av vertikalintegreerte kjeder/grossister og frittstående apotek. Disse er henholdsvis utenlandske kjeder og lokale økonomiske enheter.

Frittstående apotek er per i dag henvist til å gjøre sine innkjøp av legemidler fra grossister som selv eier apotek, og denne situasjonen gir store konkurransemessige skjevheter. Vi ser det derfor som avgjørende at det i lover og forskrifter sikres konkurranseleikhet for alle apotek. I praksis er det vår erfaring at konkurransen i grossistledet er minimal. Grossistenes priser til apotek på reseptpliktige medisiner tenderer mot maksimale priser.

For frittstående apotek har dagens reguleringsmekanismer ført til lavere priser på reseptmedisin både for kundene og for staten, fordi de frittstående apotekene har videreført oppnådde rabatter til kundene. Dette har krevd en betydelig innsats av eierne med forhandlinger av priser og betingelser. Slike priser som gir en gevinst for kundene har frittstående apotek ikke kunnet oppnå ved forhandlinger med grossister som eier egne apotek. Vi har heller ingen garanti for at dagens legemiddelgrossister vil fremføre rabatter som er oppnådd hos leverandørene. I praksis er det erfart at varene ikke alltid er tilgjengelige til tross for at legemiddelleverandørene insisterer på at de er på lager. Det er også vist, blant annet i Forbrukerrapporten 07/2003, s. 10 - 12, og 04/2004 s. 30 - 31, med rettelse i 05/2004, at frittstående apotek systematisk har gitt bedre tilbud til kundene i form av lavere priser.

Etter deregulering av apotekmarkedet har de vertikalt integrerte kjedene fått stor generell forhandlingsmakt overfor leverandørene. Det burde derfor ha vært mulig å vise at forbrukerne fikk mer helse igjen for hver skattekrone. Generelt må det forventes at vertikalt integrerte kjeder prisforhandler på europeisk nivå og at gevinster tas ut av moderselskapet utenfor Norge. Mye av årsaken til imperfeksjonene i legemiddelmarkedet omtalt i HOD's høringsnotat 11.08.2006 ligger i at lovverket tillater vertikal integrasjon i distribusjonsledet. Så vidt vi vet fins det ingen direktiver i EU som pålegger medlemmer eller affilierte land å velge et slikt system.

Prosjektet med enelevering på diabetesmateriell som ble gjennomført for en tid tilbake blant annet i Oslo, er et godt eksempel på hvordan apotekene den gang måtte akseptere den innkjøpspris (AIP) som den leverende grossisten fastsatte, med den følge at apoteket måtte selge leveringspliktig materiell med tap. Det er derfor nødvendig at frittstående apotek i nye prisomlegninger sikres en tilfredsstillende avanse på alle reseptordinerte legemidler og materiell.

KOMMENTARER TIL FORESLÅTTE ENDRINGER

Dagens reguleringsmodell - vår evaluering

HOD's høringsnotat beskriver i pkt. 4 dagens reguleringsmodell, trinnprismodellen.

Apotekgruppen har ved sine forhandlinger med leverandører vært i stand til å tilby kundene legemidler til trinnpris og under dette. Grossistene har, uavhengig av dette, ikke kunnet garantere levering av alle trinnprisvarer til innkjøpspriser som sikrer de frittstående apotekene en minimumsavanse. Det er derfor av avgjørende betydning at § 12-19 opprettholdes og etterlevelse av denne sikres.

I FarmaPro, apotekenes dataverktøy, er det aldri blitt utviklet systemer som gir mulighet til å prise trinnprisvarer til maksimal trinnpris, for derved å øke kundens egenbetaling og redusere RTV's, dersom dette var ønskelig.

I FarmaPro kjøres de oppgitte innkjøpspriser (AIP) inn i store filer som kommer fra NAF-Data to ganger i måneden. På dette grunnlaget kjøres den alminnelige prismodellen, som automatisk gir 50 % gevinstdeling til de varene som ikke er trinnprisprodukter hvor innkjøpsprisen er rabattert i forhold til maksimal AIP. Resten av varene – trinnprisproduktene - får en utsalgspris (AUP) som er basert på AIP pluss apotekenes lovbestemte avanse. Dette systemet med 50 % gevinstdeling, dvs. 50 % til kunden og 50 % til apoteket, er det så vidt oss bekjent bare frittstående apotek som nå praktiserer i sine prismodeller, fordi rabatterte AIP'er ikke er å finne i vertikalt integrerte apotek. I dag kan disse vare- og prissystemene også kjøres automatisk hver dag. Det dreier seg om mange tusen varelinjer, og det er teknisk umulig å korrigere disse til over maksimal AUP som FarmaPro setter. På denne måten regulerer FarmaPro de frittstående apotekenes AUP på alle reseptbelagte legemidler med og uten trinnpris.

Foreslåtte/alternative reguleringsmodeller m.v. (§ 12. 14-16)

I den foreslåtte § 12-16 beskrives en modell for fastsettelse av trinnpris som er en videreføring av dagens modell, nemlig prisfastsettelse på preparatnivå, ikke på virkestoffnivå –B1. Vi anser alternativ B1 som den administrativt enkleste å håndtere, til tross for de betenkeligheter som HOD anfører. Vi forventer at den skjønnsmessige vurderingen i siste ledd også omfatter hensynet til apotekleddets inntjening. En ny prismodell må sikre en tilfredsstillende avanse for apotekleddet, slik at det kan oppnås konkurranseleikhet.

I tråd med dette er det vår oppfatning at man bør vente med endringer på dette området til rapporten fra SLV om avansestrukturen i apotek er klar.

Konsekvenser av høyere kuttsatser

Høyere kuttsatser medfører redusert inntjening. Redusert inntjening på reseptpliktige legemidler vil svekke apotekets preg av farmasøytisk faghandel i det mer oppmerksomhet må rettes mot innsparende tiltak (bl.a. nedbemanning) og optimalisering av ikke-prisregulert omsetning. Dette er en trist erkjennelse når man vet at det akkumuleres økende overskudd på grossistsiden. Det er vanskelig å ha en annen oppfatning enn at en slik utvikling innebærer et brudd med vedtatte og gjeldende mål for apotekene i Legemiddelmeldingen (St.meld. nr. 18). Staten har gitt de vertikalt integrerte kjedene mulighet til å beholde fremforhandlede rabatter på grossistsiden, mens frittstående apotek er henvist til å dele sine med kundene. I en situasjon med redusert inntjening vil vertikalt integrerte apotek kunne ytes støtte fra grossistleddet, ulikt frittstående apotek. I klartekst betyr dette at frittstående apotek har en langt større sårbarhet enn kjedene.

Refusjon av legemidler med trinnpris (§ 12-17)

I utkastet til forskrift heter det i § 12-17:

”Folketrygden refunderer maksimalt trinnpris for legemidler som inngår i en byttegruppe som fastsatt etter § 12-15. Ved utsalgspris lavere enn trinnpris, refunderes inntil legemidlets faktiske utsalgspris.”

HOD har fremmet tilsvarende forslag 06.01.2006. Vi viser til vårt høringsbrev datert 24.02.2006, samt Konkurransetilsynets svar på høring av forskriftsendring for refusjon av trinnpris datert 16.02.2006. Apotekgruppen advarer mot denne endringen fordi det kan føre til en rekke uheldige situasjoner.

Hvis aktuelt forslag til forskriftsendring blir vedtatt vil dette føre til:

- **Økt pris for forbruker** ved at den enkelte apoteker – og da særlig de frittstående apotek – av driftsøkonomiske hensyn ikke ser noen mulighet til å selge aktuelle/aktuelt legemiddel til lavere pris enn fastsatt trinnpris AUP. Dette er som tidligere anført ikke teknisk mulig i dag (Farmapro), og kan by på store utfordringer.

- Den nye ordningen vil iht. ovennevnte **stimulere til økte priser og dermed eliminere all konkurranse.**

- Frittstående apotek vil miste et vesentlig insentiv til å forhandle frem bedre innkjøpsvilkår/priser **for ved det å kunne tilby rimeligere produkter.**

- **Skjev konkurranse og mulig konkurranseskadelig atferd i strid med konkurranseloven** ved at de vertikalt integrerte kjedene, som alt har totalt dominerende markedsmakt – og hvor man hos disse kjedene reelt sett har grossist og detaljistleddet på samme hånd – får reell kontroll og innflytelse på all prisdannelse. Gjennom en slik ordning vil – slik som angitt i St.meld.nr. 18 (2004–2005) – *en vertikalt integrert kjede i enda større grad kunne fremstille egne apotek som svake ved å foreta interne økonomiske transaksjoner mellom grossist og apotekleddet.* Problemet er at man ikke har eller kan få reell kontroll over forholdet mellom grossist og detaljist **når dette er på en og samme hånd og hvor vedkommende har dominerende markedsmakt.** Resultatet vil således kunne bli skjev konkurranse og konkurranseskadelig adferd, noe konkurranseloven setter klare forbud mot.

- Forslaget til endring av forskriften vil klart begunstige de tre store kjedene med tilhørende grossistledd, nemlig Apokjeden, Alliance Unichem og Celesio, i det endringen ikke nødvendigvis vil få innvirkning for dem pga. mulighetene til intern tilpasning. Med en slik nyordning står man i fare for å ødelegge grunnlaget for forsvarlig økonomisk drift av frittstående apotek, spesielt de i utkantstrøk.

- HOD's bekymring for dumping av priser for eventuelt å la RTV dekke regningen, kan forhindres ved følgende forslag:

Folketrygden refunderer maksimalt trinnpris for legemidler som inngår i en byttegruppe som fastsatt etter § 12-15. Refusjonen skjer under forutsetning av at legemidlets faktiske utsalgspris (AUP) gjenspeiler grossistenes innkjøpspris (GIP) tillagt grossistens normalavanse samt den maksimalavansen som myndighetene fastsetter.

HOD bes vurdere forslaget til endring av § 12-17, 1.ledd, i lys av ovennevnte og de uheldige og konkurranseskadelige virkninger dette vil kunne føre med seg når det legges opp til å beholde dagens trinnprismodell.

Apotekenes plikt til å levere legemidler til trinnpris (§ 12-18)

I utkastet til forskrift heter det i § 12-18:

”Apotek skal kunne utlevere minst ett legemiddel til utsalgspris lik trinnpris innen hver byttegruppe. Dersom et legemiddel leveres i både små og store pakninger, skal apotek kunne utlevere både liten og stor pakning til en utsalgspris lik trinnpris. Gevinstdeling etter § 12-3 annet ledd kommer ikke til anvendelse på legemidler som er inkludert i trinnprissystemet. *Apotek kan kreve en AUP lik trinnpris for et legemiddel, selv om apotekets innkjøpspris med tillegg av maksimalavanse er lavere enn trinnpris.*”

Dette forutsetter at grossistene kan levere varer til en AIP innen hver byttegruppe som tillater apoteket å selge med minimum lovbestemt avanse (ref. § 12-19). Vi erfarer at dette ikke er tilfellet; tilbudet fra grossistene er variabelt og ustabil.

Gevinstdeling er det i dag bare frittstående apotek som etterlever, fordi rabatterte AIP'er ikke eksisterer hos kjedeapotekene. Frittstående apotek har ikke mulighet til å oppjustere AIP.

Farmapro (datavaren som apotekene bruker i dag) kan ikke håndtere HOD's forslag om § 12-18 ”Apotek kan kreve en AUP lik trinnpris for et legemiddel, selv om apotekets innkjøpspris med tillegg av maksimalavanse er lavere enn trinnpris.” Det vil medføre betydelige praktiske problemer og stor risiko for å bare å kunne oppnå en lavere AUP, fordi Farmapro ikke håndterer noe annet.

Grossistenes leveringsplikt og avansenivå (§ 12-19)

I utkastet til forskrift heter det i § 12-19:

”Grossist skal tilby apotek minst ett legemiddel innen hver byttegruppe til en AIP, som med tillegg av maksimal apotekavanse, ikke er høyere enn at apotek kan selge legemiddel til en AUP lavere eller tilsvarende trinnprisen for byttegruppen. Dersom et legemiddel leveres i både små og store pakninger, skal apotek tilbys både liten og stor pakning i samsvar med første punktum.

Fullsortimentsgrossister kan ikke kreve en avanse som overstiger 15 prosent av grossistens innkjøpspris for legemidler som:

- a) *omfattes av § 12-15 og*
- b) *apoteket selv har inngått leverandøravtale for.*”

Som nevnt over forutsetter dette at grossistene kan levere varer til en AIP innen hver byttegruppe som tillater apoteket å selge med minimum lovbestemt avanse. Vi erfarer at dette ikke er tilfellet; tilbudet fra grossistene er variabelt og ustabil. Det er derfor av avgjørende betydning at § 12-19 opprettholdes og etterlevelse av denne sikres.

Endringen (i siste del) er særdeles viktig og må bli stående. Bestemmelsen om maksimum 15% avanse er avgjørende for frittstående apotek. Det vil utsette frittstående apotek for en ekstrem forretningsmessig risiko om denne blir fjernet, fordi grossistene vil presse marginen til det ytterste, dersom det blir mulig.

Høring av lovendring

Apotekgruppen støtter HOD's forslag.



Med vennlig hilsen
APOTEKGRUPPEN

Felix Ally
Styreleder