

Vurdering av apotekenes maksimalavanse

**Statens Legemiddelverk
Oktober 2006**

Vurdering av apotekenes maksimalavanse

1.	Innledning.....	3
2.	Oppsummering.....	3
3.	Dagens maksimalavanse	4
3.1.	Gjeldende maksimalavansesatser for apotek.....	4
3.2.	Hva skal apotekavansen dekke?.....	4
3.3.	Nivået på apotekavansen.....	5
3.4.	Strukturen på apotekavansen.....	6
3.4.1.	Avansestrukturens påvirkning på apotekenes incentiver	7
3.5.	Avanse på det upatenterte segmentet	7
3.5.1.	Trinnprissystemet - forskriftsendringer fra 01.01.07	8
3.6.	Vertikal integrasjon og avanse i grossistledet	8
4.	Historikk – utvikling i apotekenes økonomiske rammevilkår.....	10
5.	Omsetningsutvikling i legemiddelmarkedet.....	12
5.1.	Utvikling i totalmarkedet for legemidler 2001 – 2006.....	12
5.2.	Utviklingen i gjennomsnittlig AIP pr pakning 2001 - 2005.....	13
6.	Sammenligninger med Sverige og Danmark	14
7.	Apotekøkonomi	16
7.1.	Regnskapsdata – kjeder og uavhengige apotek.....	16
7.2.	Driftsstøtte	17
7.3.	Apotekenes omsetning – ulike marginer på ulike deler av omsetningen	17
7.4.	Etablering av apotek.....	19
8.	Spesialtilfeller av avansereguleringen.....	20
8.1.	Avanse for omsetning av legemidler på spesielt godkjenningsfritak.....	20
8.2.	Avanse ved anbrudd	20
9.	Oppsummering av sentrale poeng i forhold til vurdering av apotekavansen.....	21

1. Innledning

Det vises til Legemiddelverkets tildelingsbrev for 2006 - punkt 2.1.11. Apotekavansen:

”Legemiddelverket skal vurdere om det er grunnlag for å endre apotekavansen. En totalvurdering av apotekenes og apotekkjedenes rammevilkår vil måtte ligge til grunn for en eventuell endring. Legemiddelverket skal i sin vurdering særlig legge vekt på den underliggende veksten i legemiddelmarkedet, myndighetsinitierte endringer av rammevilkår og selvstendige apoteks stilling. Dette arbeidet inkluderer også en evt. endring i avansesatsenes struktur (kronetillegg i forhold til de prosentvise tilleggene). Departementet skal delta i dette arbeidet. Frist for ferdigstillelse av arbeidet er 1. november 2006.”

Det vises videre til Legemiddelmeldingens¹ omtale av apotekenes avanse.

I Legemiddelmeldingen framgår det:

”Målsettingen med avanseregulering er å oppnå et nivå og en struktur for avansen som bidrar til at myndighetene ikke betaler for mye for legemiddeldistribusjonen i Norge. Avansereguleringen må balanseres opp mot hensynet til å gi apotekene tilstrekkelige og forutsigbare økonomiske rammevilkår for å utføre sine samfunnsplågte oppgaver”.

Dette legges også til grunn for vurderingene i dette notatet.

Apotekforeningen har gitt sine innspill til vurderingen av apotekavansen både i form av et skriftlig innspill og en muntlig presentasjon i møte med Legemiddelverket. Apotekforeningens innspill er ikke direkte kommentert i vurderingen, men de forhold som Apotekforeningen peker på er omtalt i dette notatet.

2. Oppsummering

Det er ikke uttrykt eksplisitte kriterier for hvordan apotekavansen skal fastsettes. Slike kriterier er nok heller ikke mulig eller hensiktsmessig å formulere. Legemiddelmeldingen peker imidlertid på enkelte forhold som skal tillegges særlig vekt i forbindelse med vurderingen av apotekavansen. I denne vurderingen har vi sett noe nærmere forhold som den underliggende veksten i legemiddelmarkedet, myndighetsinitierte endringer av rammevilkår, økonomien i næringen (herunder selvstendige apoteks stilling) og etableringstakten for nye apotek.

Etter en totalvurdering finner Legemiddelverket på nåværende tidspunkt ikke grunnlag for å endre de gjeldene generelle maksimalavansesatsene, verken i forhold til struktur eller nivå.

Maksimalavansen for legemidler omsatt etter godkjenningfritak synes imidlertid å være noe høy for de mest kostbare legemidlene. Det foreslås derfor å redusere avansen noe gjennom å gjøre avansestrukturen mer degressiv.

¹ Stortingsmelding nr 18 (2004-2005) kap 12.4

3. Dagens maksimalavanse

3.1. Gjeldende maksimalavansesatser for apotek

Følgende maksimale avansesatser gjort gjeldende fra 1. januar 2001 gjelder fortsatt:

- av de første 200 kr AIP 8,0 %
- av resten 5,0 %
- kronetillegg 21,50 kr pr. pakning
- tillegg for A-/B-preparater 10,- kr pr. pakning

Maksimal apotekavanse pr. pakning fastsettes ved at det ut fra fastsatt maksimal apotekinnkjøpspris (AIP) først beregnes prosenttillegg og deretter tillegges relevante kronetillegg og gebyr. Dersom faktisk AIP (etter at rabatter er trukket fra) er lavere enn fastsatt maksimal AIP, skal avansesatsene benyttes på faktisk AIP.

Ovennevnte maksimale apotekavanser skal benyttes for godkjente farmasøytiske spesialpreparater og for sera og vaksiner fra statens laboratorier. En del reseptpliktige legemidler omsettes i pakninger som er unntatt fra reseptplikt. Bestemmelsene om maksimal apotekavanse gjelder ikke for disse pakningene.

For farmasøytiske preparater levert etter spesielt godkjenningfritak, er tillegget 25 % av apotekets faktisk innkjøpspris og kronetillegget kr. 35.- pr. pakning med eventuelt tillegg for A/B-preparater.

Den regulerte maksimalavansen på reseptpliktige legemidler er en del av flere rammevilkår som til sammen utgjør de totale rammevilkår for omsetning av legemidler. Det at reseptfrie pakninger (OTC) ikke er pris- og avanseregulert er en sentral del av rammevilkårene for næringen og det er rimelig at også dette må tillegges vekt når man skal vurdere nivået på den regulerte maksimalavansen. Det at OTC ikke er pris- og avanseregulert og at legemidlene omfattes av trinnpris ikke er avanseregulert (men prisregulert) kan således betraktes som deler av den samlede pris- og avansereguleringen av legemiddelomsetning i Norge.

Legemiddellavgiften utgjør i dag 1,3 % av AIP og må ses i sammenheng med avansereguleringene. Deler av legemiddellavgiften føres tilbake til næringen.

3.2. Hva skal apotekavansen dekke?

Det vil føre for langt i denne sammenheng å skulle gå i detaljer på alle funksjoner og arbeidsoppgaver som apotekavansen skal dekke. Helt overordnet kan man si at avansen skal dekke de kostnader apoteket har i forbindelse med lovpålagte oppgaver og plikter knyttet til resept- og varehåndteringen. Disse oppgavene er utdypet i lover, forskrifter og rundskriv.

I tillegg til de lovpålagte pliktene utfører også apotekene andre oppgaver som de i varierende grad kan ta betalt for. Eksempler på forvaltningsoppgaver som apotekene utfører mot betaling er utstedelse av Schengen-attester. LAR er et eksempel på en faglig service oppgave som utføres mot betaling. Man kan også tenke seg i framtiden å skille ut andre typer tjenester og lage egne takssystem for dette, men dette berøres ikke videre i denne vurderingen.

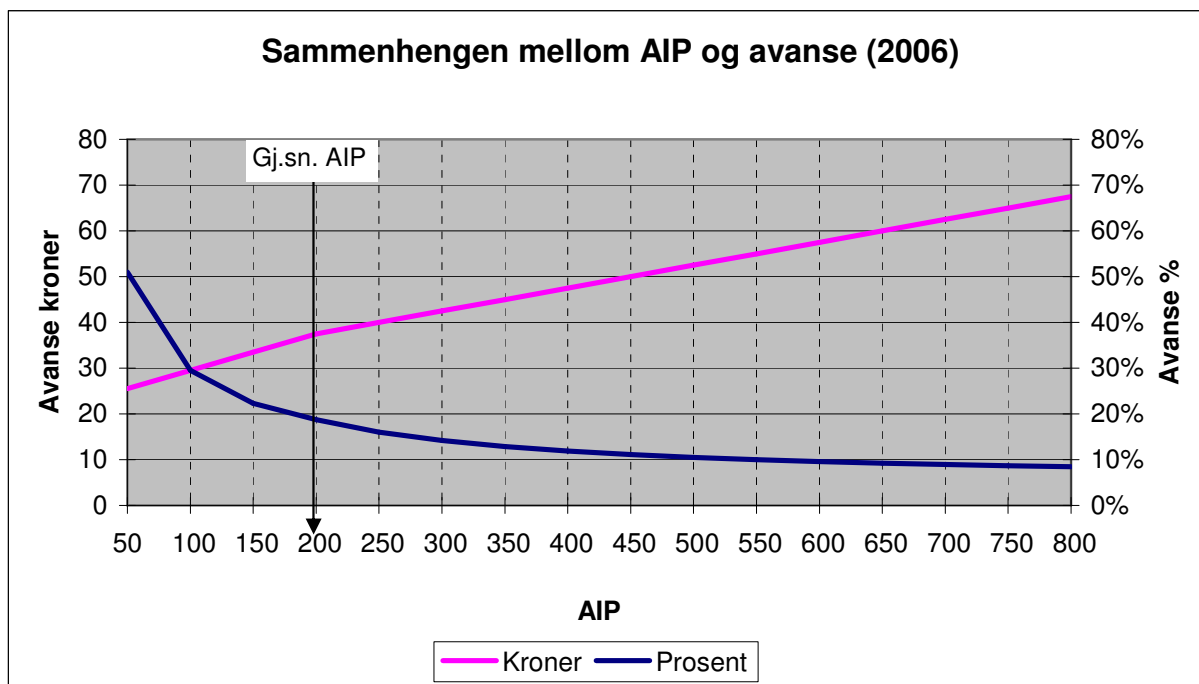
Apotekavansen må ses på som en del av de samlede rammevilkår som skal skape grunnlag for avkastning til eierne av apotekene i Norge.

Ideelt sett kunne man tenke seg at avansen burde reguleres ut fra kompleksiteten i reseptarbeidet. Med avanserte dataløsninger (FarmaPro) burde det være mulig å lage dagens struktur mer kompleks, selv om dette ikke er et mål i seg selv. Eksempelvis kan man differensiere faste kronetillegg: per pakning (som i dag), per ordinasjon, per resept, per pasient, per pasient per år, om det er førstegangsekspedisjon av bestemte legemidler osv. Gjeldende struktur må sies å være relativt enkel og det er tatt høyde for at den skal reflektere gjennomsnittskostnadene pr. pakning. Det vil derfor innenfor dagens struktur være varierende grad av lønnsomhet for apotekene for ulike pakninger og ulike reseptekspedisjoner.

Det er vanskelig å eksakt kalkulere hva håndtering og ekspedisjon av en legemiddelpakning i et apotek faktisk koster. Legemiddelverket er ikke kjent med at det finnes gode data og analyser på faktisk tidsbruk ved resepthåndtering, gjerne fordelt på apotektekniker og farmasøyt.

3.3. Nivået på apotekavansen

Figur 1 illustrerer hvordan maksimal apotekavance pr. pakning varierer for ulike AIP målt i kroner og prosent.



Figur 1

Gjennomsnittspakningen (alle reseptpliktige avanseregulerte pakninger) har en AIP på ca 205 kroner og har en maksimalavance på 37,75 kroner som gir en avanse på ca 18 %.

Denne størrelsen må imidlertid ikke forveksles med apotekenes godtgjørelse for hver reseptekspedisjon. En blåreseptekspedisjon inneholdt i 2005 i gjennomsnitt 1,49 ordinasjoner

(legemidler). For hvit resept var gjennomsnittlig antall ordinasjoner 1,18.² Ekspedering av pakning nr 2 i en reseptekspedisjon bestående av to pakninger vil ha en lavere kostnad enn ekspedisjon av pakning nummer 1. Det er med andre ord lavere ekspedisjonskostnad pr pakning jo flere pakninger som inngår i en reseptekspedisjon.

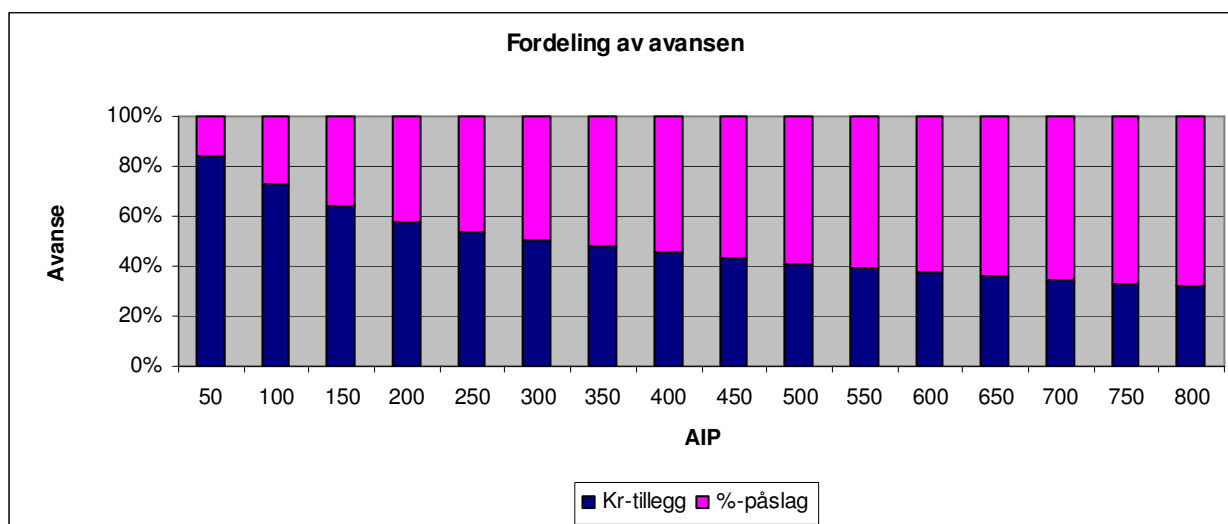
3.4. Strukturen på apotekavansen

Maksimalavansen er bygd opp av et prosentpåslag på AIP som avtar med økende innkjøpspris og et kronetillegg pr. pakning uavhengig av prisen på pakningen. Prosentpåslaget varierer med apotekets innkjøpspris og gjør at en dyrere pakning får et høyere avansepåslag målt i kroner enn en billigere pakning. I tillegg kommer et kronetillegg pr. pakning for A/B preparater. Kronetillegget sikrer en minsteavanse pr pakning. Apotekets kostnader knyttet til håndtering og ekspedisjon av en legemiddelpakning vil i stor grad være uavhengig av legemidlets pris. Det er derfor rimelig at det faste kronetillegget utgjør en relativt vesentlig andel av avansen.

Dyrere pakninger genererer høyere finansielle kostnader, høyere kostnader ved svinn og høyere risiko m.m. De finansielle kostnadene påvirkes bl.a. av rentenivå, betalingsbetingelser og omløpshastighet. Det lave rentenivået vi har hatt i Norge de seneste årene bidrar til relativt lave finanskostnader. Varelagerets omløpshastighet i apotekene i Norge ligger rundt 14 – dvs. at varene i gjennomsnitt ligger ca en måned på lager.

Gjennomsnittlig maksimalavanse på en reseptlig pakning³ (eks trinnpris) er drøyt 36 kroner. Av dette utgjør kronetillegget 60 %, prosentpåslaget 36 % og A/B tillegget 5 %.

Kronetillegget utgjør en relativt større andel av den samlede apotekavansen for de relativt billigere pakningene. Dette er illustrert i figur 2.



Figur 2

² Kilde: Apotek og legemidler 2006 utgitt av Apotekforeningen

³ Gjennomsnittlig maksimalavanse pr pakning er ikke eksakt det samme som maksimalavanse pr gjennomsnittspakning. Dette som en følge av at avansestrukturen ikke er lineær i forhold til AIP.

Siste år ble det omsatt ca 43 millioner reseptbelagte pakninger (eksklusive trinnprispreparater). En eventuell endring i kronetillegget på en krone vil således utgjøre ca 43 millioner kroner i endret avanse for apotekene. En endring i A/B tillegget på en krone vil til sammen utgjøre 7-8 millioner kroner i endret avanse for apotekene.

3.4.1. Avansestrukturens påvirkning på apotekenes incentiver

Avansestrukturen er som nevnt utformet med kronetillegg pr. pakning og degressivt avansepåslag. Ved salg av et preparat gir dette isolert sett apotekene insentiv til å selge flere småpakninger framfor en stor pakning gitt at de skal selge det samme antall enheter. Eksempelet viser hvordan apotekene tjener mer på å selge to 50- pakninger framfor en 100-pakning når enhetsprisen pr tablett er lik på AIP- nivå.

	50 pakning	100 pakning
AIP	100	200
Kronetillegg	21,5	21,5
%-påslag	8	16
Avanse	29,5	38,5
Samlet avanse	2*29,5 = 59	37,5
Avanseprosent	(59/200) 30 %	(37,5/200) 19 %

Tabell 1

Salg av to 50- pakninger gir 58 kroner i avanse mens salg av en 100-pakning gir 38,50 kroner i avanse.

Videre gir strukturen med prosentvise påslag isolert sett apotekene insentiver til å selge dyre framfor billige pakninger. Dette trekker i retning av at avansen i større grad bør baseres på kronetillegg pr. pakning. En fullstendig overgang til kronetillegg gir imidlertid apotekene for sterke incentiver til økt salg av småpakninger, ettersom dette vil gi større fortjeneste.

Avansen bør derfor fortsatt være en kombinasjon av kronebasert- og prosentbasert tillegg. Strukturen må være slik at den i størst mulig grad gir en riktig incentivstruktur og reflekterer det faktiske kostnadsbildet.

Det er vanskelig å finne dokumentasjon for hvor mye mer det koster det å håndtere og ekspedere en dyr pakning framfor en billigere pakning, og det er således vanskelig å finne kriterier for å endre strukturen på dagens maksimalavanse.

3.5. Avanse på det upatenterte segmentet

Den vesentlige delen av det ikke-patenterte markedet er regulert gjennom trinnprissystemet. Innenfor trinnprissystemet reguleres prisene på AUP nivå (apotekenes utsalgspris). Det er derfor ikke noen avanseregulering. I legemiddelverkets evaluering av trinnprissystemet går det fram at avansene innenfor dette segmentet ligger langt høyere enn for det patenterte markedet.

Det vises til legemiddelverkets evaluering av trinnprissystemet:
http://www.legemiddelverket.no/templates/InterPage_19811.aspx

For de vertikalt integrerte kjedene er det ikke hensiktsmessig å utelukkende se på hvilken avanse som tas ut i apotekleddet. Deler av rabattene som oppnås hos leverandørene i forhold til maksimal AIP tas ut i grossistleddet. Evalueringen av trinnprissystemet indikerer en gjennomsnittlig distribusjonsmargin (grossist- og apotekavance i % av GIP) på i størrelsesorden 200 %.

Det upatenterte markedet utgjør i størrelsesorden 10 % av det reseptpliktige legemiddelmarkedet.

3.5.1. Trinnprissystemet - forskriftsendringer fra 01.01.07

Som en oppfølging av Legemiddelverkets evaluering av trinnprissystemet har endringer i trinnprisforskriften vært på høring høsten 2006. Justeringer av trinnprissystemet forventes implementert 01.01.07. Disse justeringene vil svekke apotekenes inntjening på det byttbare segmentet av markedet som ikke er avanseregulert. Imidlertid er det grunn til å tro at en reduksjon av trinnprisene også vil medføre ytterligere press på generikaleverandørens utsalgspriser. Departementet har anslått at endringene vil redusere reseptpliktig omsetning med ca. 240 millioner kroner. En av forutsetningene for de innsparingene som ligger til grunn er en betydelig framskriving av simvastatinomsetningen. Man legger altså til grunn en betydelig høyere omsetning av simvastatin neste år enn det vi ser inneværende år. Simvastatin er det desidert største virkestoffet som blir berørt av de foreslåtte endringene og en vesentlig del av de samlede innsparingene vil komme fra simvastatinomsetningen. Deler av den innsparingen som genereres for Folketrygden er ikke en direkte svekkelse av apotekøkonomien i forhold til inneværende år – like fullt vil det være en direkte svekkelse i forhold til om man hadde opprettholdt gjeldende regulering.

Vesentlige deler av inntjeningen fra omsetningen av reseptpliktige legemidler har kommet fra det byttbare segmentet. Dette bidraget til apotekenes inntjening vil etter de justeringer som gjennomføres fra 01.01.07 bli betydelig mindre.

3.6. Vertikal integrasjon og avanse i grossistleddet

Apotekloven av 2001 åpnet for vertikal integrasjon mellom grossist og apotek. Det gir derfor ikke mening å betrakte apotekøkonomien isolert for å danne seg et bilde av økonomien i næringen. De tre dominerende apotekkjedene har blitt svært potente innkjøpsorganisasjoner med stor markedsrett.

Ny apoteklov har gitt en betydelig maktforskyvning fra leverandør til distributør. Denne økte forhandlingsmakten har naturlig nok resultert i bedre innkjøpsbetingelser for de kjedetilknyttede apotekene.

Slik apotekkjedene i dag er organisert, kan de ta ut fortjeneste i apotekleddet, grossistleddet, holdingselskap eller andre tilknyttede selskaper. Apotekenes innkjøpspriser AIP blir for de vertikalt integrerte systemene en internpris innad i selskapet. Den vertikale integrasjonen har

gjort at den såkalte delingsmodellen ikke lenger virker slik den var tiltenkt. Delingsmodellen er utformet slik at de rabatter som apotekene oppnår i forhold til maksimal AIP skal deles 50/50 med Folketrygden og pasient. Vertikal integrasjon gjør at apotekkjedene kan ta ut hele gevinsten i grossistleddet uten å dele med sluttbetalere. Slik sett har den vertikale integrasjon isolert sett bidratt til å bedre næringens avanser.

I særlig grad er det innenfor det byttbare markedet apotekkjedene oppnår vesentlige rabatter på maksimal AIP. For store deler av dette markedet gjelder nå trinnprissystemet og gevinstdelingsmodellen gjelder ikke for legemidler omfattet av trinnpris. Det er imidlertid grunn til å anta at apotekkjedene oppnår rabatter også for legemidler ikke omfattet av trinnprissystemet og at gevinstdeling for disse legemidlene i svært liten grad finner sted.

Utvikling i grossistavansen i Norge:

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Apokjeden Distribusjon AS						
Salgsinntekter	1 500 948 713	3 532 553 416	3 910 136 856	3 962 472 128	4 447 667 511	4 244 385 416
Varekostnad	1 437 494 239	3 329 330 868	3 593 065 235	3 595 298 264	4 036 539 466	3 856 574 703
Driftsresultat	-78 596 283	17 268 386	41 941 939	60 072 816	70 962 591	33 525 442
Grossistavanse	4,2 %	5,8 %	8,1 %	9,3 %	9,2 %	9,1 %
Holtung AS						
Salgsinntekter	1 433 154 913	991 848 973	1 752 664 814	2 199 192 692	2 433 608 366	2 424 393 467
Varekostnad	1 355 614 726	936 346 689	1 643 733 578	2 048 288 257	2 274 689 919	2 234 324 026
Driftsresultat	-20 474 303	-35 641 125	-18 554 361	17 658 909	34 281 397	78 026 710
Grossistavanse	5,4 %	5,6 %	6,2 %	6,9 %	6,5 %	7,8 %
NMD Grossisthandel AS						
Salgsinntekter		5 463 951 000	5 520 251 000	4 981 366 000	5 185 123 000	5 420 208 000
Varekostnad		5 009 252 000	5 139 642 000	4 587 011 000	4 761 491 000	4 982 668 000
Driftsresultat		-12 027 000	68 935 000	83 201 000	92 744 000	105 769 000
Grossistavanse		8,3 %	6,9 %	7,9 %	8,2 %	8,1 %
SUM						
Salgsinntekter		9 988 353 389	11 183 052 670	11 143 030 820	12 066 398 877	12 088 986 883
Varekostnad		9 274 929 557	10 376 440 813	10 230 597 521	11 072 720 385	11 073 566 729
Grossistavanse		7,1 %	7,2 %	8,2 %	8,2 %	8,4 %

Tabell 2

Tallene i oppstillingen over er hentet direkte fra selskapenes regnskaper. Dette er ikke ment som noen fullstendig analyse av nivået på grossistavansen, men som en indikasjon på utviklingen i avansenivået.

Grossistavansen ser ut til å ha økt etter ny apoteklov i 2001. Grossistavansen ser i dag ut til å ligge rundt 8,4 % i Norge. Dette synes å være relativt høyt sammenlignet med våre naboland. I hovedsak er det legemiddelgrossistene som også forsyner apotekene med handelsvarene. Økt salg av handelsvarer med relativt høy fortjeneste vil dermed også slå ut i høyere avanse for grossistleddet.

4. Historikk – utvikling i apotekenes økonomiske rammevilkår

Det ble gjort en rekke endringer i den regulerte maksimalavansen på 90-tallet - både nivået og strukturen på avansen ble endret gjentatte ganger. Den gjennomsnittlige avansen ble gjennomgående redusert og vi fikk over tid en overgang fra prosentvise påslag til større kronepåslag. Disse endringene var i hovedsak begrunnet i apotekenes økonomiske resultater. Dagens maksimalavanser ble gjort gjeldende fra 1.januar 2001 og har siden ikke blitt endret. Under følger en oversikt over de endringer som er gjort i maksimalavansene siden 1992 og fram til i dag.

Endringer i prisforskriftene - IK 31/92

- av de første 300 kr 20,0 %
- kr 15,- for forskjellen i prosentavanse på de første 300 kr
- enhetstillegg 4,50 kr pr. pakning

Nye avansesatser for reseptpliktige legemidler - IK 19/93

- av de første 300 kr 25,0 %
- av resten 20,0 %
- enhetstillegg 4,50 kr pr. pakning

Nye avansesatser for reseptpliktige legemidler - IK 33/94

- av de første 250 kr 20,0 %
- av de neste 250 kr 15,0 %
- av resten 10,0 %
- kronetillegg 5,- kr pr. pakning
- reseptgebyr 10,- kr pr. pakning
- tillegg for A-/B-preparater 10,- kr pr. pakning

Nye avansesatser for reseptpliktige legemidler gjeldende fra 1. september 1995 - IK 31/95

- av de første 200 kr 20,0 %
- av de neste 200 kr 13,0 %
- av resten 8,0 %
- kronetillegg 5,- kr pr. pakning
- reseptgebyr 10,- kr pr. pakning
- tillegg for A-/B-preparater 10,- kr pr. pakning

Nye avansesatser for reseptpliktige legemidler gjeldende fra 1. februar 1997 – IK 3/97

- av de første 200 kr 18,5 %
- av de neste 200 kr 11,5 %
- av resten 6,5 %
- kronetillegg 5,- kr pr. pakning
- reseptgebyr 10,- kr pr. pakning
- tillegg for A-/B-preparater 10,- kr pr. pakning

Nye avansesatser for reseptpliktige legemidler gjeldende fra 1. januar 1998 - IK 41/97

- av de første 200 kr 10,0 %
- av de neste 200 kr 8,0 %
- av resten 5,0 %
- kronetillegg 13,- kr pr. pakning
- reseptgebyr 10,- kr pr. pakning
- tillegg for A-/B-preparater 10,- kr pr. pakning

Nye avansesatser for reseptpliktige legemidler gjeldende fra 1. februar 1999 – IK 1/99

- av de første 200 kr 9,0 %
- av de neste 200 kr 7,0 %
- av resten 5,0 %
- kronetillegg 14,- kr pr. pakning
- reseptgebyr 10,- kr pr. pakning
- tillegg for A-/B-preparater 10,- kr pr. pakning

Nye avansesatser for reseptpliktige legemidler gjeldende fra 1. mars 2000 – IK 5/2000

- av de første 200 kr 8,0 %
- av de neste 200 kr 5,0 %
- av resten 5,0 %
- kronetillegg 24,- kr pr. pakning
- tillegg for A-/B-preparater 10,- kr pr. pakning

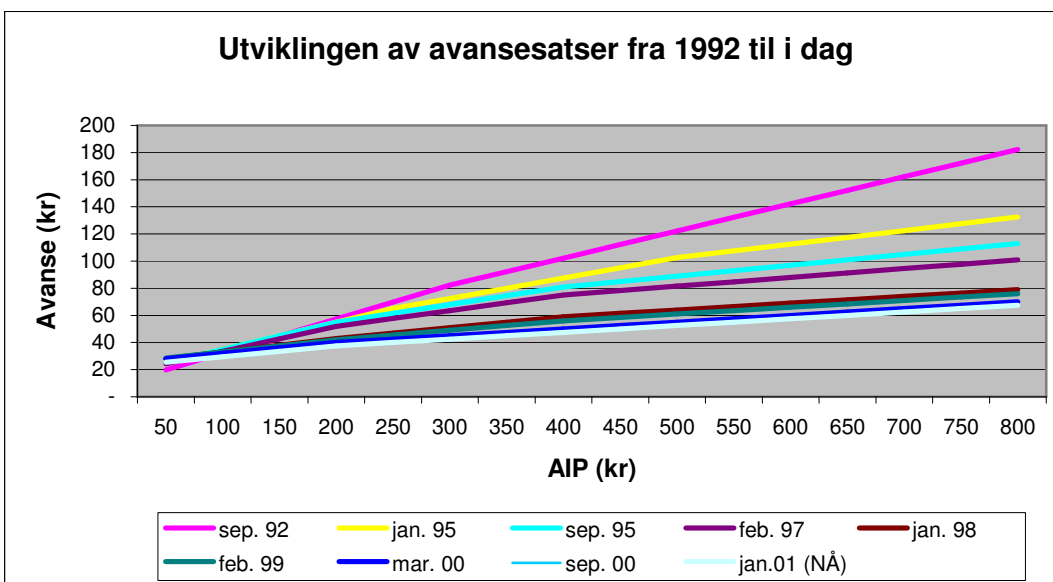
Nye avansesatser for reseptpliktige legemidler gjeldende fra 1. september 2000 – IK 14/2000

- av de første 200 kr 8,0 %
- av resten 5,0 %
- kronetillegg 22,- kr pr. pakning
- tillegg for A-/B-preparater 10,- kr pr. pakning

Nye avansesatser for reseptpliktige legemidler gjeldende fra 1. januar 2001 – IK 26/2000

- av de første 200 kr AIP 8,0 %
- av resten 5,0 %
- kronetillegg 21,50 kr pr. pakning
- tillegg for A-/B-preparater 10,- kr pr. pakning

Figur 3 viser hvordan maksimalavansesatsene har utviklet seg siden 1992. Vi ser at avansesatsene gjennomgående har blitt lavere og vi har fått en overgang mot relativt større kronetillegg og mindre prosentpåslag.



Figur 3

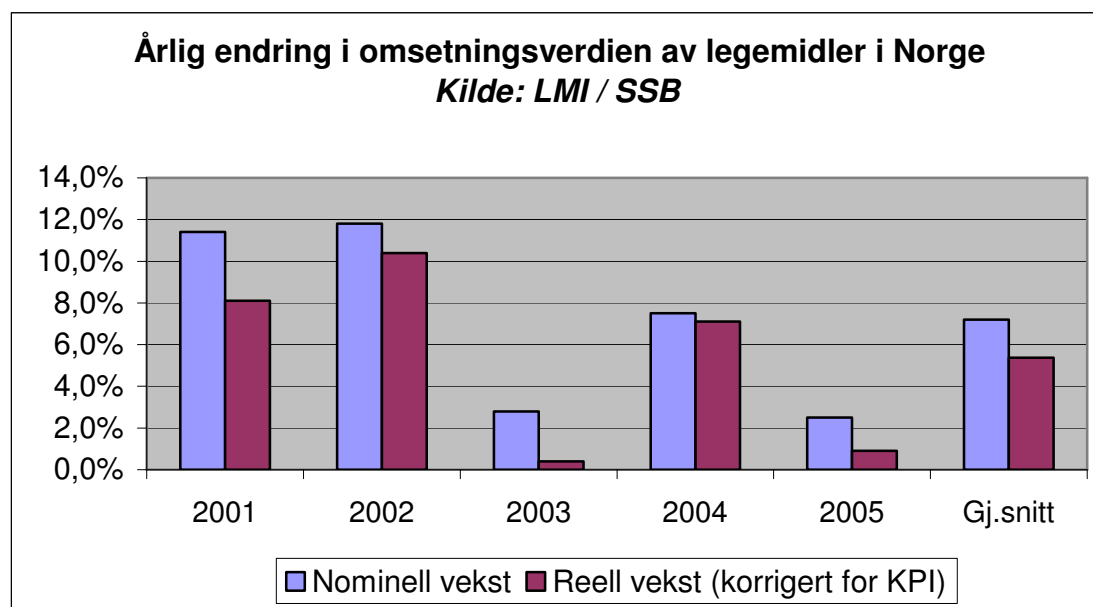
Figuren illustrerer ikke A/B tillegget på 10 kroner som har ligget fast siden 1994.

I vurderingen av dagens maksimalavansesatser er det relevant å se på sentrale utviklingstrekk i markedet siden 2001. Det vises i den forbindelse til Legemiddelmeldingens (kap 12.4.3.) omtale av de vesentligste regulatoriske endringene som har påvirket apotekenes økonomiske rammevilkår etter 2001. Departementet vurderer det slik at ny apoteklov og tiltak som er innført etter dette, totalt sett har bedret grossistenes og apotekenes rammebetingelser. I særlig grad er det åpningen for nye eierstrukturer, vertikal integrasjon og generisk bytte som vesentlig endrer apoteknæringens rammevilkår. Den nye eierstrukturen har bidratt til en betydelig effektivisering av næringen.

Åpningen for salg av legemidler utenom apotek (LUA) er et av de enkelttiltak etter ny apoteklov som sterkest har påvirket apotekenes rammevilkår i negativ retning. Bortfall av omsetning/ bruttofortjeneste i apotek anslås av Apotekforeningen til å utgjøre i størrelsesorden henholdsvis 120/60 mill kroner hvert år de siste 3 årene.

5. Omsetningsutvikling i legemiddelmarkedet

5.1. *Utvikling i totalmarkedet for legemidler 2001 – 2006*



Figur 4

Markedsveksten er i figur 4 målt i AIP-verdi.

Legemiddelmarkedet har tradisjonelt sett vokst med 8-12 % årlig. Veksten i markedet skyldes både økt bruk av legemidler samt en overgang til nye og dyrere legemidler. Flere myndighetsinitierte tiltak (bl.a prisrevurderinger, innføring av trinnprissystemet, endrede vilkår for refusjon) kombinert med patentutløp for flere store legemidler de siste årene har bidratt til å bremse veksten. Særlig lav har veksten vært i 2003, 2005 og så langt i 2006. I gjennomsnitt har

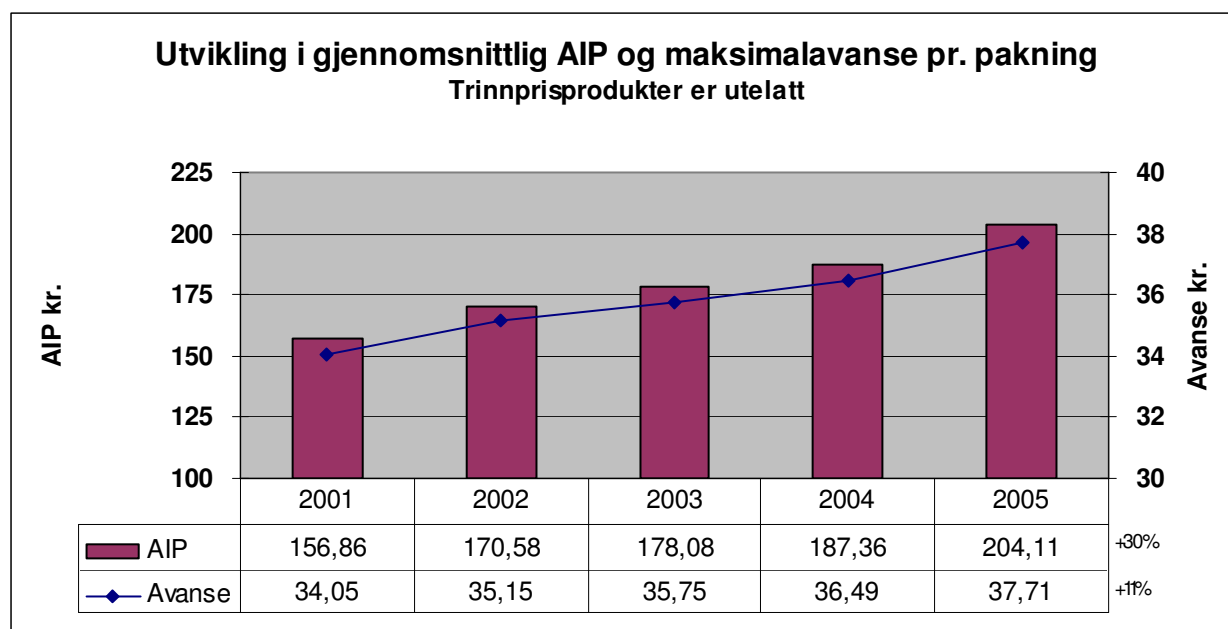
realveksten fra 2000 til 2005 vært på 5,4 %. Så langt i år har veksten i legemiddelmarkedet vært på ca 2 %.

Både økt bruk av legemidler og overgang til dyrere legemidler vil generelt sett bidra til økt inntjening i apotekene. Samtidig gir markedsrett mulighet for god inntjening i generikamarkedet. Overgang til nye og dyrere legemidler har de siste årene i større grad forekommet for sykehusapotekene enn for de private apotekene.

Imidlertid er det slik at også lavere utsalgspriser kan slå ut positivt for apotekene hvis apotekenes innkjøpspriser faller tilsvarende eller mer. Prisreduksjoner som følge av generisk konkurranse har ikke slått negativt ut for apotekkjedene i og med at lavere utsalgspriser mer enn kompenseres med lavere innkjøpspriser som følge av sterkere konkurranse på leverandørsiden og grossistenes innkjøpsmakt.

5.2. Utviklingen i gjennomsnittlig AIP pr pakning 2001 - 2005

Figur 5 viser utviklingen i AIP for pakninger av legemidler som i dag er avanseregulert. Legemidler omfattet av trinnprissystemet er ikke avanseregulert og er av den grunn trukket ut av datagrunnlaget⁴. Figuren viser at det har vært en nominell prisøkning på den gjennomsnittlige reseptpliktige (avanseregulerte) pakningen på 30 % fra 2001 fram til i dag. Korrigert for utviklingen i det generelle prisnivået målt ved KPI gir dette en reell prisøkning på ca 20 % for gjennomsnittspakningen. En del av økningen skyldes at det har kommet til nye og dyre sykehuspreparater. Maksimalavansen pr gjennomsnittspakning har økt fra 34,0 til 37,68 i perioden fra 2001 til 2005.



Figur 5 Kilde: Data fra Farmastat

⁴ I beregningen er omsetningen av legemidler omfattet av trinnprissystemet trukket ut av datagrunnlaget for alle år. Legemidler i trinnprissystemet er ikke avanseregulert. AIP for disse produktene vil ikke være sammenlignbar over år og AIP vil i stor grad vil kunne være en internpris innen kjeden som ikke reflekterer evt høye grossistavanser).

Maksimalavansen per gjennomsnittspakning har økt med 11 % fra 2001 til 2005. Den generelle prisstigningen i perioden målt ved konsumprisindeksen (KPI) har vært på ca 10 % i den samme perioden. Man kan dermed si at utviklingen i maksimalavansen pr pakning har holdt tritt med den generelle prisutviklingen i samfunnet. Selv om kronetillettet har ligget fast fanger det prosentvise påslaget opp økt gjennomsnittlig pakkingspris som gjør at samlet maksimalavanse per pakning reelt sett holder seg omtrent konstant i perioden.

6. Sammenligninger med Sverige og Danmark

Markedsstruktur, reguleringer og rammevilkår varierer vesentlig mellom de ulike landene i Norden. Sverige har statlig apotekmonopol, Danmark har selvstendige apotek slik vi hadde i Norge før 2001 mens vi i Norge har et av de mest liberaliserte apoteksystemer i Europa med 3 vertikalt integrerte kjeder med utenlandsk eierskap som dominerer markedet. Dette gjør det meget vanskelig å sammenligne avansenivåene i de ulike landene. Forskjellene mellom landene gjør også at det er lite relevant å bruke internasjonale sammenligninger som grunnlag for vurderinger av apotekavansen i Norge. Relevansen av avansesammenligninger mellom land ble også avvist i legemiddelmeldingen.

I forbindelse med videreutviklingen av trinnprissystemet for generisk legemidler ble det gjort prissammenligninger med Sverige og Danmark for å avdekke i hvilken grad Norge har fått et prisnivå på generiske legemidler som reflekterer den faktiske konkurransesituasjonen på leverandørsiden. Disse undersøkelsene ga klare indikasjoner på at lave innkjøpspriser i Norge ikke ble videreført til sluttbetalere. Dette dannet grunnlag for de innstramminger i trinnprissystemet som er foreslått gjennomført fra 01.01.07. Det er imidlertid ikke lagt til grunn at de norske prisene skal være like prisene i Danmark og Sverige.

I det følgende gjøres likevel noen enkle analyser som indikerer at det er meget små forskjeller i nivået på apotekavansen i Danmark og Norge.

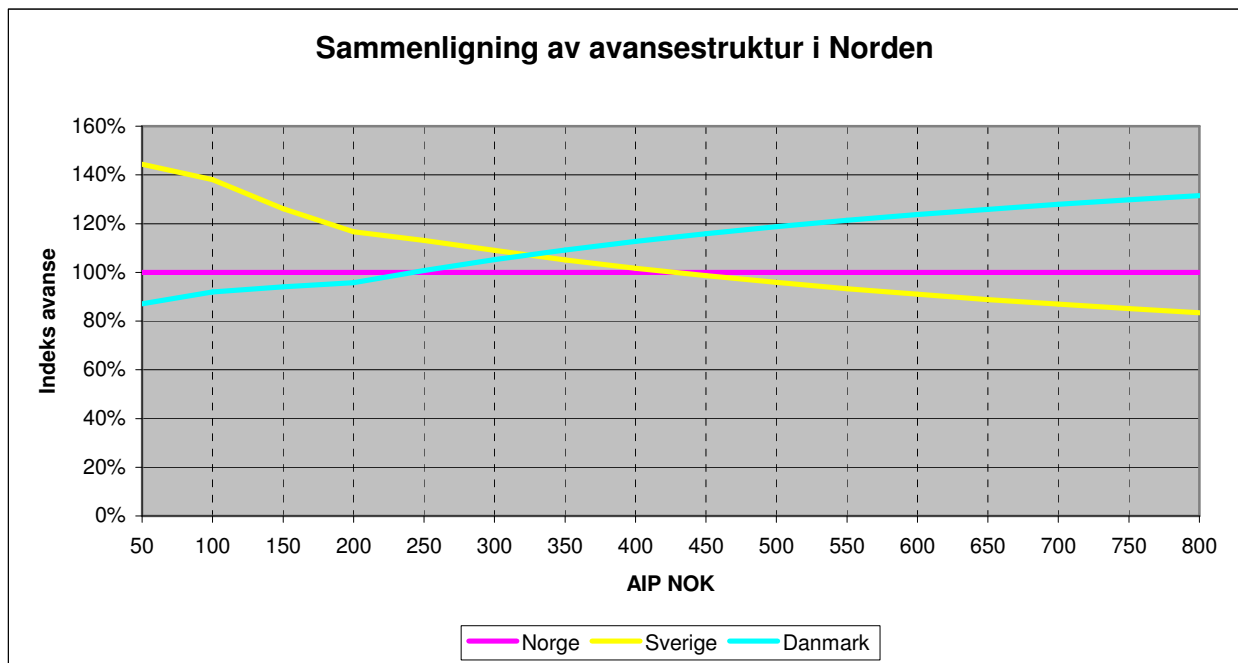
AIP	Avanse NOK		
	Norge	Sverige	Danmark
50	25,50	36,81	22,20
100	29,50	40,74	27,13
150	33,50	42,24	31,53
200	37,50	43,74	35,93
250	40,00	45,24	40,33
300	42,50	46,32	44,73
350	45,00	47,32	49,13
400	47,50	48,32	53,53
450	50,00	49,32	57,93
500	52,50	50,32	62,33
550	55,00	51,32	66,73
600	57,50	52,32	71,13
650	60,00	53,32	75,53
700	62,50	54,32	79,93
750	65,00	55,32	84,33
800	67,50	56,32	88,73
<i>Kurs*</i>	<i>1,00</i>	<i>85,78</i>	<i>106,55</i>

* siste 6 mnd gjennomsnittskurs

Tabell 3

Tabell 3 viser hvor stor avanse de ulike lands avanseregler gir på ulike AIP. Avansene er regnet om til norske kroner, og et gjennomsnitt av siste 6 måneders valutakurs er lagt til grunn. Dette for å ikke regnestykket skal bli preget av mer eller mindre tilfeldige valutasingninger. I tabellen er ikke det norske A/B tillegget regnet inn. I gjennomsnitt utgjør dette tillegget 1,69 øre per pakning. Det finnes ikke tilsvarende tillegg i Sverige og Danmark.

Apotekavansen i Sverige er høyere enn i Norge, mens apotekavansen i Danmark og Norge synes å være tilnærmet lik. Avansesstrukturen i Danmark vil endres noe fra 1.april 2007. Dette vil imidlertid bare gi marginale utslag.



Figur 6

Figur 6 viser at den danske avansen gir lavere avanse enn den norske for AIP under ca. NOK 250, mens de danske satsene gir høyere avanser for AIP over ca 250. Gjennomsnittlig AIP på en reseptpliktig pakning i Norge er ca 205⁵ NOK. Avansesatsene i Sverige gir høyere avanser enn Norge for AIP opp til ca NOK 400.

Ved å anvende de ulike landenes avansesatser på hele det norske omsetningsvolum av reseptpliktige pakninger det siste året (eks trinnprispreparatene) får man bekreftet at de norske og danske avansesatsene slår ut omtrent likt, mens Sverige ligger noe høyere.

	Norge	Sverige	Danmark
Total maksimalavanse - kr	1 549 182 942	1 692 080 843	1 525 539 901
Gj.sn avanse pr. pakning - kr	36,09	39,42	35,54

Tabell 4

⁵ Både blå og hvit resept – unntatt trinnprispreparater som ikke er underlagt avanseregulering.

Tabell 4 viser hvilken total maksimalavanse henholdsvis norske, svenske og danske avansereguleringer ville gitt anvendt på det pris- og avanseregulerte markedet i Norge. I disse beregningene ligger også A/B tillegget inne.

I gjennomsnitt gir dagens maksimalavansesatser en avanse på ca 18 % i Norge.

Noe av det som virker direkte på den reelle apotekavansen er legemiddelavgiften. Også i Danmark har man ulike former for legemiddelavgift. Avgiftsstrukturen i Danmark er kompleks, men det meste av det som tas inn av avgifter pløyes tilbake igjen til næringen. Netto avgiftsbelastning antas å være omtrent likt i Norge og Danmark, slik at dette i liten grad forkludrer sammenligningen.

Videre må man merke seg at maksimalavansesatsene gjelder også for generiske legemidler i Sverige og Danmark, mens det innenfor trinnprissystemet i Norge ikke er maksimalavansereguleringer. I Sverige og Danmark gjelder de generelle avansereglene også for uregistrerte preparater.

Tabell 5 viser faktisk bruttofortjenestemargin i apotekene i de ulike nordiske landene.

Faktisk total bruttoavanse i apoteknæringen i de nordiske landene 2002 -2005					
	2002	2003	2004	2005	Kilde
Sverige	18,3 %	18,8 %	19,6 %	19,7 %	Apoteket AB
Danmark	20,2 %	20,1 %	20,4 %	20,0 %	Danmarks apotekerforening
Finland	26,0 %	26,0 %	25,0 %	25,4 %	Suomen Apteekkarliitto
Norge	21,4 %	22,6 %	22,5 %	24,0 %	Statens Legemiddelverk

Tabell 5

Oppstillingen viser at apoteknæringen i Norge har en langt høyere bruttofortjeneste enn Sverige og Danmark og noe lavere enn Finland. Vi har ikke gått inn i noen analyse av sammensetningen av omsetningen i de ulike landene, men disse tallene reflekterer den samlede bruttoavansen, også fra de deler av omsetningen som ikke er pris- og avanseregulert.

7. Apotekøkonomi

7.1. Regnskapsdata – kjeder og uavhengige apotek

Det vises til rundskriv 1 2006 fra Legemiddelverket som oppsummerer de økonomiske resultatene for apoteknæringen de seneste årene.

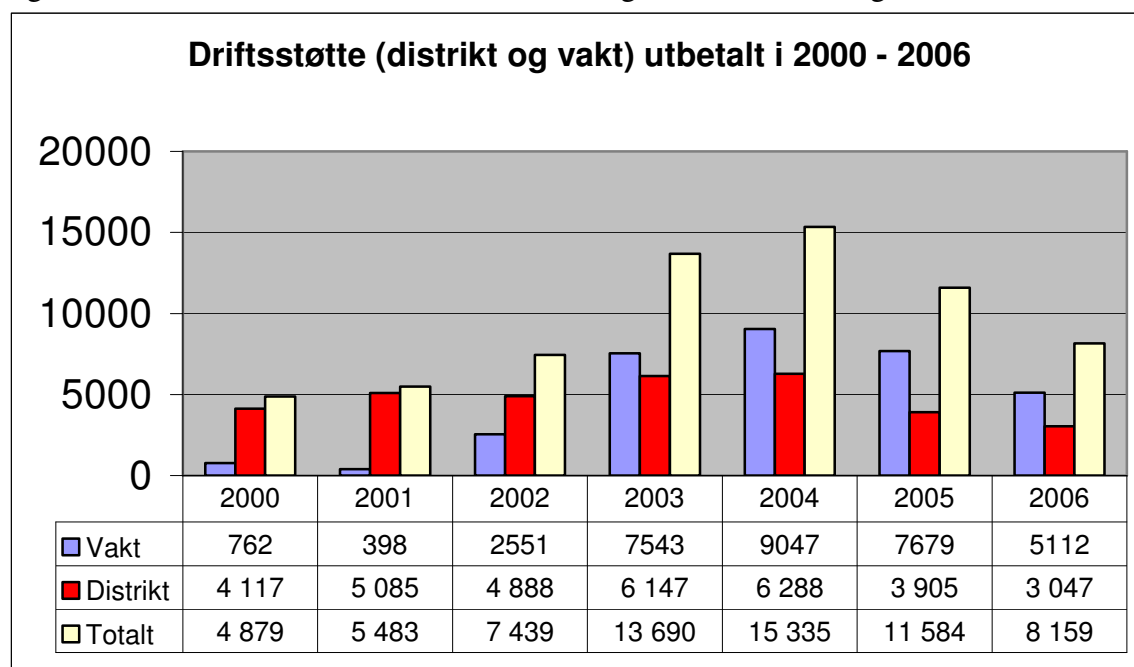
http://www.legemiddelverket.no/templates/InterPage_20292.aspx

Etter et par år med vesentlige omstillinger, og tilhørende omstillingskostnader, i apoteknæringen etter ny apoteklov i 2001 har økonomien i næringen bedret seg år for år.

De økonomiske resultatene i apoteknæringen har historisk sett gjennomgående vært gode – også de siste årene før ny apoteklov da maksimalavansereguleringen var omtrent som i dag. De uavhengige apotekene som fortsatt er organisert som enkeltmannsforetak (26 stk) hadde i 2005 en driftsresultatmargin på over 3 %. Dette er omtrent det samme nivået som næringen lå på før ny apoteklov, og må anses som et rimelig nivå også sammenlignet med annen varehandel.

7.2. Driftsstøtte

Legemiddelverket utbetaler hvert år driftsstøtte til distrikts- og vaktapotek ut fra gitte kriterier. Figuren under viser hvordan driftsstøtteutbetalingene har utviklet seg fra år 2000 til 2006.



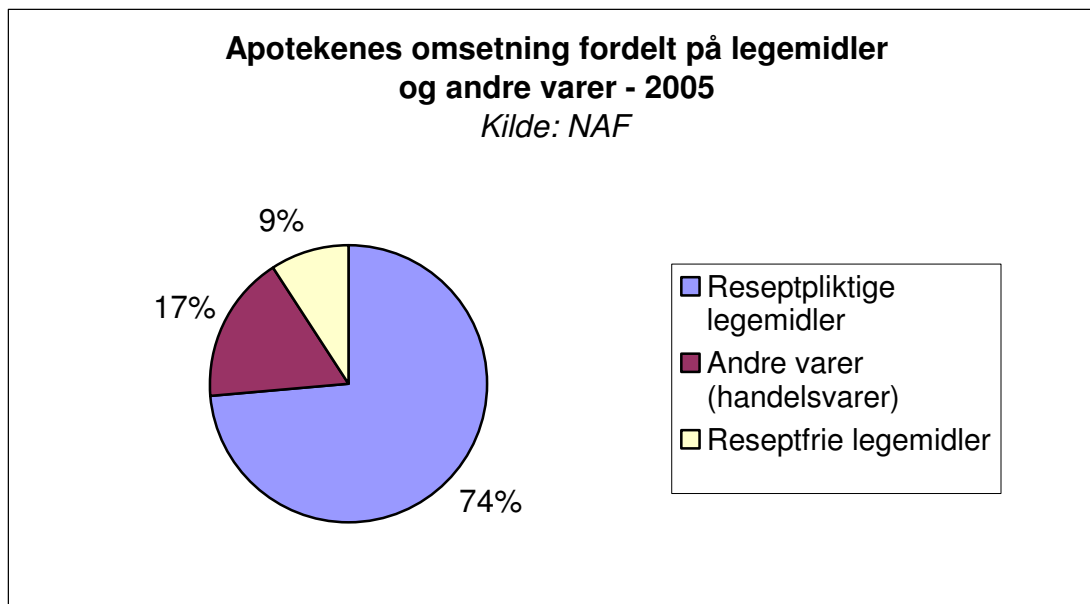
Figur 7

Vi fikk en kraftig vekst i driftsstøtteutbetalingene til apotek i 2003 (driftsstøtte for regnskapsåret 2002). Redusert omsetning for enkelte distrikts- og vaktapotek gjorde at støttebehovet økte. Omsetningsfall kom i mange tilfeller som følge av nyetableringer som gjorde inngrep i de aktuelle apotekenes markeder. Videre er det grunn til å tro at oppkjøp av apotek med påfølgende omstrukturering og økte kostnader bidro til veksten i driftsstøttebehovet. Siden 2004 har driftsstøtteutbetalingene til apotek imidlertid blitt betydelig redusert. Dette kan synes å gjenspeile at apotekenes økonomi generelt er bedret etter de høye omstillings- og etableringskostnadene de først par årene etter innføringen av ny apoteklov.

7.3. Apotekenes omsetning – ulike marginer på ulike deler av omsetningen

Apotekenes omsetning kan deles i tre hovedkategorier:

- Reseptpliktige legemidler
 - Deler av den reseptpliktige omsetningen er byttbare legemidler som er omfattet av trinnprissystemet og således ikke avanseregulert.
- Reseptfrie legemidler
- Handelsvarer
 - Deler av det som defineres som handelsvarer er forhandlingspliktig - apotekene er forpliktet til å forhandle disse varene. Ca 12 % av omsetningen er handelsvarer som ikke er forhandlingspliktig.



Figur 8

Det er kun de reseptpliktige legemidlene, som er underlagt statlig pris- og avanseregulering. Disse utgjør ca 75 % av apotekenes omsetning. Apotekene har en høyere bruttofortjeneste på reseptfrie legemidler og handelsvarer enn på de avanseregulerte reseptpliktige legemidlene. Deler av omsetningen av reseptpliktige legemidler er omfattet av trinnprissystemet og er således ikke underlagt maksimalavansereguleringen.

Vesentlige deler av apotekenes fortjeneste genereres således av produkter som ikke er underlagt pris- og avansereguleringer. Den delen av omsetningen som ikke er underlagt pris og avansereguleringer bidrar med en relativt langt større del til overskuddet enn andelen av omsetningen skulle tilsi. Fra næringen hevdes det at den i alt vesentligste delen av overskuddet i næringen stammer fra salg av reseptfrie legemidler, handelsvarer og byttbare reseptpliktige legemidler. De foreslåtte innstramminger i trinnprissystemet vil fjerne en betydelig del av den fortjenesten som apoteknæringen de siste årene har hatt på legemidler omfattet av trinnprissystemet. Det må imidlertid bemerkes at dette er en fortjeneste som ikke var tilstedeværende før ny apoteklov i 2001 – da det på dette tidspunkt ikke var åpnet for generisk bytte.

Samlet vareforbruksprosent / bruttofortjeneste i Norge var på 76 % / 24 % i 2005.

Det hevdes fra bransjen at omsetningen av reseptpliktige (rx) legemidler (med unntak av det ikke patenterte markedet) isolert sett er lite/ikke lønnsomt og at det er andre deler av omsetningen som ”subsidiere” rx området. Det er imidlertid vanskelig å framskaffe detaljerte kalkyler for rx - omsetningen – heller ikke næringen selv kan gi annet enn anslag på lønnsomheten i dette segmentet.

Det er åpenbart at de elementene som ikke er pris- og avanseregulert har et høyere dekningsbidrag enn den avanseregulerte delen av omsetningen, og at disse således bidrar relativt mer til lønnsomheten i bransjen enn den avanseregulerte omsetningen. På den annen side kan man si at det er nettopp den pris- og avanseregulerte delen av reseptpliktig omsetning som gir

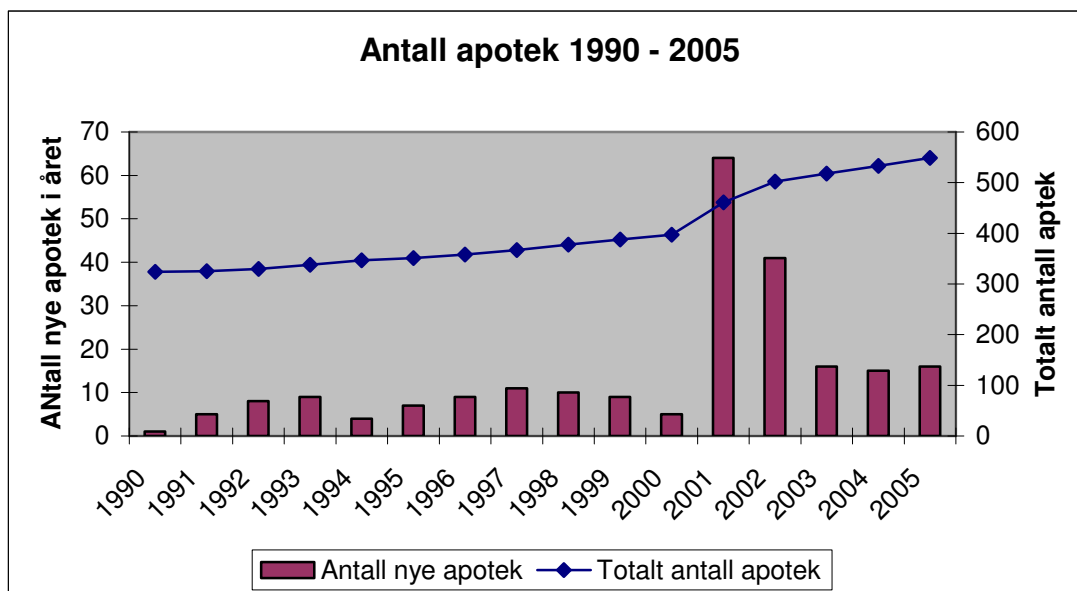
legitimitet og grunnlag for at næringen kan ha en høyere fortjeneste på de andre delene av totalomsetningen.

Et sentralt spørsmål i forhold til å vurdere hva som er et riktig maksimalavansenivå er om man skal se på den avanseregulerte delen av omsetningen isolert eller om man også skal se på hvilke muligheter næringen har for inntjening på de andre delene av den samlede omsetningen i næringen (reseptfritt, byttbare legemidler og handelsvarer). Dagens maksimalavanser, kombinert med de samlede økonomiske rammevilkår for bransjen, har både før og etter ny apoteklov gitt grunnlag for en tilfredsstillende lønnsomhet både i selvstendige apotek og kjedepotek, og et tilfredsstillende faglig nivå på de tjenestene apotekene utfører.

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. Det vil alltid være slik at de uregulerte markedssegmentene isolert sett vil være mer lønnsomme enn de pris og avanseregulerte delene av omsetningen. Det er imidlertid regulert i hvilken grad apoteknæringen kan flytte fokus og omsetning over på ikke-forhandlingspliktige varer og tjenester.

7.4. Etablering av apotek

Etter ny apoteklov og kjedenes inntreden i det norske apotekmarkedet har vi vært vitne til en betydelig nyetablering av apotek i tillegg til kjedenes oppkjøp av allerede eksisterende apotek.



Figur 9

Etter ny apoteklov i 2001 har det blitt etablert ca. 150 nye apotek i Norge. Mesteparten av nyetableringen har skjedd i mer eller mindre sentrale strøk. De tre siste årene har det tilkommet ca. 15 nye apotek årlig. Kun ett meget lite antall apotek har blitt nedlagt siden 2001. Etableringstakten gir en indikasjon på at de samlede økonomiske rammevilkårene for næringen er tilfredsstillende. Det kan imidlertid tenkes at enkelte apotek kan ha blitt etablert av konkurransemessig strategiske hensyn uten at de er tiltenkt roller som selvstendige profitable enheter. Nyetableringen har skjedd uten at maksimalavansesatsene er endret.

Apotekdekningen må nå sies å være god – spesielt i byer og tettbebygde strøk der den alt vesentligste nyetableringen har skjedd. I mange byer og tettsteder er det klart at apotektettheten er mer en god nok i forhold til å oppfylle myndighetenes mål om at befolkningen skal ha god tilgjengelighet til apotek og apotektenester. I den grad deler av nyetableringen viser seg ulønnsom, kan dette ikke forventes dekket gjennom økte avansesatser

Nyetableringen og omstruktureringen av bransjen har i løpet de første årene etter ny apoteklov generert økte kostnader som isolert sett har bidratt til å svekke resultatene for næringen. Omstruktureringen i næringen har imidlertid også bidratt til en effektivisering av næringen som trekker i motsatt retning.

Økt tilgjengelighet var et av formålene med ny apoteklov. Imidlertid kan man vanskelig finne grunnlag for å hevde at økt etablering av apotek burde finansieres gjennom økt apotekavanse, all den tid etableringen er frivillig. Når nye apotek etableres må det forventes at dette samlet sett bidrar positivt til kjedens inntjening.

8. Spesialtilfeller av avansereguleringen

8.1. Avanse for omsetning av legemidler på spesielt godkjenningssfritak

Preparater levert etter spesielt godkjenningssfritak er i utgangspunktet ikke maksimalprisregulerte, men apotekavansen er regulert. For farmasøytiske preparater levert etter spesielt godkjenningssfritak, er tillegget 25 % av apotekets faktiske innkjøpspris og kronetillegget kr. 35.- pr. pakning med eventuelt tillegg for A/B-preparater. For en del kostbare legemidler gir dette en uforholdsmessig høy avanse. Disse preparatene generer åpenbart høyere kostnader i distribusjonsledet enn i de ordinære pakningene med markedsføringstillatelse. Imidlertid er det vanskelig å finne argumenter for at ikke avansen målt i prosent av AIP også for disse legemidlene burde være avtagende med høyere AIP. Legemiddelverket vil derfor foreslå å justere avansesatsene slik at avansen blir degressiv slik som den ordinære maksimalavansen.

- av de første 400 kr AIP 25 %
- av resten 15 %
- kronetillegg 35 kr pr pakning
- tillegg for A-/B-preparater 10 kr pr. pakning

Nærmere 500 000 pakninger omsettes i dag på godkjenningssfritak. Disse pakningene har en gjennomsnittlig AIP på ca Nok 375, noe som i gjennomsnitt gir en avanse på ca 34 %. En overgang til en mer degressiv avansestruktur slik det er skissert her vil gi en avansereduksjon på i størrelsesorden 10 mill Nok. Dette vil i hovedsak gi utslag for sykehusapotekene som er de som i hovedsak forhandler legemidler på spesielt godkjenningssfritak.

8.2. Avanse ved anbrudd

I rundskriv 13-2003 fra Legemiddelverket er avansebestemmelser ved anbrudd i apotek beskrevet:

”Ved salg av farmasøytiske spesialpreparater i anbrudd, tas den forholdsmessig prisen på anbruddsmengden ut fra utsalgsprisen (ekskl. MVA) for en pakning av passende størrelse med et tillegg på 50%. Det regnes ingen ytterligere tillegg. Minste salgpris ved anbrudd kan settes til kr 15,-. Hvis det ved anbrudd leveres en mengde som svarer til mengden i en registrert pakningsstørrelse, må det ikke tas høyere pris enn prisen for denne pakningsstørrelse.”

Det framgår av dette at det ikke er mulig å legge til A- og B- tillegget etter utregning på angitt måte. Det kan imidlertid hevdes at arbeidet med spesielle registreringer og alt som ekspedisjon av A- og B-preparater fører med seg, er det samme om det ekspederes 1 eller 100 tabletter. Ved ekspedering av noen få tabletter i anbrudd vil det kunne skje at minsteprisen blir endelig pris. 15 kroner skal da dekke alle sider av en slik ekspedisjon. Det kan synes som rimelig at A- og B tillegg kan beregnes også ved ekspedisjon av anbrudd.

9. Oppsummering av sentrale poeng i forhold til vurdering av apotekavansen

- Den regulerte maksimalavansen har ligget fast siden 2001
- Apotekavansen skal i all hovedsak dekke de kostnader apoteket har i forbindelse med lovpålagte oppgaver og plikter knyttet til resept- og varehåndteringen
- Drøyt 150 nye apotek siden 2001 - fortsatt etablering av nye apotek i Norge
- Moderat vekst i legemiddelmarkedet de senere årene.
- Kjededannelse og vertikal integrasjon har siden 2001 dannet grunnlag for bedre innkjøpsbetingelser og mer effektiv drift
- Generisk bytte har skapt grunnlag for prisreduksjoner både ut fra leverandør og for sluttbetalere.
 - Ulike reguleringsmodeller har vært i bruk.
 - Apotekenes fortjeneste på det byttbare markedet reduseres 01.01.07 gjennom justeringer av trinnprismodellen.
- Den såkalte delingsmodellen er satt ut av spill – rabatt kan tas ut i grossistledet istedenfor i apotekledet, noe som ville gitt deling med Folketrygden/pasientene.
- God økonomi i apoteknæringen siste år – både i kjedeapotek, uavhengige apotek og i grossistledet. Resultatene har bedret seg år for år de siste 3 årene.
- Omsetningen av andre varer en pris- og avanseregulerte legemidler bidrar i stor grad til apotekenes overskudd.
- Åpningen for salg av et utvalg reseptfrie legemidler utenfor apotek har redusert apotekenes omsetning og bruttofortjeneste.

- Det regulerte maksimalavansenivået i Norge er på omtrent det samme nivå som i Danmark, men noe lavere enn i Sverige.

Etter en totalvurdering finner Legemiddelverket på nåværende tidspunkt ikke grunnlag for å endre de gjeldene maksimalavansesatsene, verken i forhold til struktur eller nivå. Imidlertid kan framtidig pris- og omsetningsutvikling for legemidler i Norge få betydning for hva som bør anses som en rimelig maksimalavanse på reseptpliktige legemidler. Videre må apotekavansen også i fremtiden ses i sammenheng med eventuelle vesentlige endringer i næringens rammevilkår. Eksempelvis kan innføring av e-resept få betydning for apotekenes ressursbruk knyttet til kontroll av resepter. I den grad apotekene tillegges andre oppgaver enn de har i dag kan det også være aktuelt å skille ut disse og fastsette særskilte pris/avansereguleringer for disse.

Maksimalavansen for legemidler omsatt etter godkjenningfritak synes å være noe høy for de mest kostbare legemidlene. Det foreslås derfor å redusere avansen noe gjennom å gjøre avansestrukturen mer degressiv.