



Rapport 2023/06



Apotekenes rolle i helsetjenesten

Verdiskapning og rammebetingelser

Kurt R. Brekke, Dag Morten Dalen, Leif D. Grandum og Ingeborg Rasmussen

Dokumentdetaljer

Tittel	Apotekenes rolle i helsetjenesten
Rapportnummer	2023/06
Forfattere	Kurt R. Brekke, Dag Morten Dalen, Leif D. Grandum og Ingeborg Rasmussen
ISBN	978-82-8126-618-6
Prosjektnummer	22-DMD-04
Prosjektleder	Dag Morten Dalen
Kvalitetssikrer	Steinar Strøm
Oppdragsgiver	Apotekforeningen
Dato for ferdigstilling	24. mars 2023
Kilde forsidefoto	Pexels.com
Tilgjengelighet	Offentlig
Nøkkelord	Apotek, legemidler, helsetjenester

Om Vista Analyse

Vista Analyse AS er et samfunnsfaglig analyseselskap med hovedvekt på økonomisk utredning, evaluering, rådgivning og forskning. Vi utfører oppdrag med høy faglig kvalitet, uavhengighet og integritet. Våre sentrale temaområder er klima, energi, samferdsel, næringsutvikling, byutvikling og velferd. Vista Analyse er vinner av Evalueringsprisen 2018.

Våre medarbeidere har meget høy akademisk kompetanse og bred erfaring innenfor konsulentvirksomhet. Ved behov benytter vi et velutviklet nettverk med selskaper og ressurspersoner nasjonalt og internasjonalt. Selskapet er i sin helhet eiet av medarbeiderne.

Forord

På oppdrag fra Apotekforeningen har vi utredet apotekenes rolle i helsetjenesten. Oppdraget besto av to deler, hvor den første og mest omfattende delen var å vurdere den samfunnsøkonomiske verdiskapning i apotekene, mens den andre var å vurdere den økonomiske reguleringen av apotekene og dens innvirkning på verdiskapningen.

Vi takker for et godt og konstruktivt samarbeid med oppdragsgiver gjennom hele prosjektperioden. Thor-Arne Englund og Jon Andersen har vært våre to hovedkontaktpersoner. Jon Andersen har sammen med Mattis Brønne Wigestrånd i Farmalogg bistått med datauttrekk. De har dessuten oppdatert prisindeksene som Vista Analyse introduserte i forbindelse med områdegjennomgangen av blåreseptordningen.

Denne rapporten er utarbeidet av Dag Morten Dalen, Leif D. Grandum og Ingeborg Rasmussen i Vista Analyse, samt Kurt R. Brekke, som er professor i samfunnsøkonomi ved Norges Handelshøyskole.

24. mars 2023

Dag Morten Dalen
Partner
Vista Analyse AS

Innhold

Sammendrag og konklusjoner	7
1 Innledning	9
2 Sentrale økonomiske reguleringer.....	10
2.1 Pris- og avansereguleringen	10
2.2 Generisk bytte og trinnpris	12
3 Apotekenes verdiskapning.....	14
3.1 Samfunnsøkonomisk nytte og lønnsomhet	14
3.2 Omsetning i apoteksektoren	17
3.3 Kort oppsummert	19
4 Avansen – apotekenes økonomiske kapasitet.....	20
4.1 Samlet bruttoavanse	20
4.2 Apotekenes personalkostnader	23
4.3 Kort oppsummert	24
5 Apotekenes rolle i helsetjenesten	25
5.1 Sikre tilgang til legemidler	25
5.2 Bidra til riktig bruk av legemidler	31
5.3 Andre helsetjenester	34
5.4 Stimulere til priskonkurransen	36
5.5 Kort oppsummert	39
6 Avansemodellen og økonomiske insentiver	40
6.1 Den regulerte avansen	40
6.2 Styrker og svakheter ved avansemodellen	43
6.3 Kort oppsummert	45
7 Avslutning	47
Referanser	51
Vedlegg 1	52

Figurer

Figur 3.1	Samfunnsøkonomiske nytte og overskudd	15
Figur 3.2	Omsetning på AUP-nivå (inkl. mva.) per år per varekategori, 2012 – 2021	17
Figur 3.3	Omsetning (inkl. mva.) per apotek og per pakning, 2012 – 2021. Kroner	18
Figur 4.1	Bruttoavance totalt og per apotek, 2012-2021	20
Figur 4.2	Bruttoavance per varekategori, 2012-2021	21
Figur 4.3	Bruttoavance som prosentandel av samlet omsetning per varekategori, 2012-2021	22
Figur 4.4	Bruttofortjeneste og personalkostnader i faste 2021-kr. 1000 kr.	24
Figur 5.1	Antall apotek og innbyggere per apotek, 2003-2022	26
Figur 5.2	Apotek per hundre tusen innbyggere i 2021	27
Figur 5.3	Antall resepter solgt i 2021 fordelt på alder og trinnprising.	28
Figur 5.4	Framskrevet etterspørsel etter resepter	29
Figur 5.5	Framskrevet etterspørsel etter resepter, per aldersgruppe.	30
Figur 5.6	Antall resepter solgt i 2021 fordelt på indikasjonsområde (ATC 1) og trinnprising.	31
Figur 5.7	Sammensetning av årsverk i apotekene	33
Figur 6.1	Utvikling i maksimalavance for legemiddel med maks AIP = kr 100	41
Figur 6.2	Maksimalavance for legemiddel med maks AIP = kr 300	42
Figur 6.3	Andel av totalt antall pakker, etter AIP.	43

Tabeller

Tabell 2.1.	Trinnpriskuttene	13
Tabell 3.1	Apotekenes omsetning i 2021 fordelt på varekategori.....	18
Tabell 5.1	Bruk av helsetjenester i apotekene. Omsetning i mill. kroner, ekskl. mva.....	35
Tabell 5.2	Dekomponering av utvikling i kostnadsnivået for reseptpliktige legemidler	38
Tabell A1	Historiske avansesatser	52

Sammendrag og konklusjoner

Apotekenes viktigste oppgave er å sørge for at legemidlene er tilgjengelige for pasientene, og at legemidlene utleveres med god informasjon om riktig bruk og i tråd med legenes forskrivning, dersom det dreier seg om reseptpliktige legemidler. Det er en gjensidig avhengighet mellom legemiddelindustrien som utvikler og produserer legemidler og grossister og apotek som distribuerer og selger legemidlene til pasientene. Uten utvikling og produksjon av legemidler er apotekene overflødige, men uten apotekenes distribusjonsapparat og farmasøytiske kompetanse til å selge legemidlene til pasienter, ville legemiddelindustriens muligheter til å nå ut til pasientene vært kraftig begrenset.

Samfunnskritisk funksjon

Apotekene kan sies å representere en kritisk samfunnsfunksjon, som både industrien og pasientene er avhengig av for å realisere verdien på legemidler. Den samfunnsøkonomiske verdien av apotek-tjenestene avhenger dermed av behandlingseffekten av legemidlene. Hvis et nytt og effektivt legemiddel kommer på markedet, øker den samfunnsøkonomiske verdien av apotekenes ressursbruk for å gjøre dette tilgjengelig for pasientene.

Den samlede omsetningsverdi for legemidler var 24,5 mrd. kroner (ekskl. mva.) i 2021. Siden vi anser det som urealistisk å gi pasienter tilgang til legemidler uten at dette utleveres fra apoteker (både fysiske og nett) med kvalifisert helsepersonell, vil brutto samfunnsøkonomisk nytte av apotekene i 2021 ligge på minst 24 mrd. kroner, men er sannsynligvis langt høyere.

Selv om et slikt beløp viser viktigheten av apotekenes rolle i helsetjenesten, gir det ingen retning på den økonomiske reguleringen og rammebetingelsene mer generelt. Det krever mer avgrenset analyse av de ulike tjenesteområdene.

Styrket tilgang

Antall apotek har økt fra 520 apotek i 2003 til 1046 apotek i 2022 (per november). Selv om befolkningen har økt i denne perioden fra ca. 4,5 millioner til 5,4 millioner, er vekstraten i antall apotek vesentlig større. Antall innbyggere per apotek har i denne perioden falt fra i underkant av 8754 til 5194 som tilsvarer en forbedring av apotekdekningen på over 40 pst.

Eldrebølgen øker apotekenes samfunnsøkonomiske verdiskapning

Legemidler har stor betydning for forventet levealder og livskvalitet i det brede lag av befolkningen. En aldrende befolkning vil øke presset på den offentlig finansierte helsetjenesten i årene som kommer. I dag er 13 pst. av befolkningen over 70 år, men 20 år frem i tid forventes andelen å øke til opp mot 20 pst. Ifølge befolkningsframskrivingene innebærer det nesten 400.000 flere over 70 år. Det vil gi en kraftig økning i legemiddelforbruket og dermed også behovet for apotek-tjenester.

Antar vi at reseptvolumet per person i de ulike aldersgruppene holder seg uendret, og fremskriver antall personer i hver aldersgruppe, vil antall legemiddelresepter i Norge øke fra 55 millioner i 2021 til 72 millioner i 2040. Nesten hele økningen kommer i aldersgruppen 65 år eller eldre, reseptvolumet til de over 80 år mer enn fordobles i denne perioden.

Bidrar til riktig bruk av legemidler og forebygger kostnader i helsetjenesten

Apotekene har viktige oppgaver knyttet til å veilede pasienter i riktig bruk av legemidlene og å oppdage feil i reseptene. De som jobber i apotekene snakker med kundene i forbindelse med reseptekspedisjonen, ringer leger for å løse et problem eller for å oppklare en situasjon. Forskrivningsfeil er en viktig grunn for intervensjon i apotekene, og kan f.eks. dreie seg om feil preparat, styrke, dosering og formulering. Apotekene bidrar med dette både til å realisere god behandlingseffekt og redusere faren for alvorlige bivirkninger og kostnader i andre deler av helsetjenesten.

Prisnedgangen som kommer med generisk konkurranse, gir et direkte bidrag til det samfunnsøkonomiske overskuddet av legemiddelforbruket i Norge. Behandlingseffekten vedvarer, men prisene faller. Generisk konkurranse krever at apotekene bistår med bytte mellom originalmerket og andre leverandører, inkludert det å informere og trygge pasienten som skal bytte. Generisk konkurranse økte alene det samfunnsøkonomiske overskuddet av legemiddelforbruket med om lag 3 mrd. kroner i 2021.

Apotekenes økonomiske kapasitet

Regulering av avansen påvirker apotekdekningen og dermed tilgjengelighet og tidsbruk for pasientene, den påvirker apotekenes informasjons- og veiledningsinnsats og insentivene til å utvikle andre helserelaterte tjenester. Avansens betydning for apotekenes insentiver gjør det ønskelig med økt vekt på kronetillegg fremfor pst.-baserte avansesatser. Siden det er en direkte kobling mellom realverdien av avansene og apotekenes økonomiske kapasitet til å utvikle tilgjengelighet og veiledning for pasientene, vil et nominelt kronetillegg som ligger fast over lengre perioder isolert sett svekke apotektilbudet.

En avanseregulering som støtter opp under verdiskapningen

For å gi apotekene økonomiske insentiver til å følge opp eldre pasientene med god veiledning og informasjon kan avansesatsene brukes mer målrettet enn i dag. En mulighet er å øke avansesatsen for ekspedering av resepter til pasienter over en viss alder, f.eks. 70 år, og redusere den provenytralt for yngre pasienter. For det første blir det mer attraktivt å tiltrekke seg eldre pasienter til apoteket, og det kan gjøres ved å satse mer ressurser tjenester som eldre verdsetter. For det andre kan det påvirke apotekenes lokalisering. Det vil gjøre det ekstra gunstig å etablere apotek i områder med større tetthet av eldre – både fordi de bruker mer legemidler og fordi den økonomiske belønningen for å utlevere legemidler til eldre øker.

1 Innledning

Apoteknæringen er gjenstand for omfattende regulering fra myndighetenes side. Denne reguleringen definerer i stor grad apotekenes økonomiske rammebetingelser, og dermed også tilbudet av apotek tjenester til befolkningen. Myndighetene har definert politiske målsetninger for apotekenes virksomhet. I apoteklovens formålsparagraf (§ 1-1) står det:

«Denne lov har til formål å sikre forsvarlig utlevering av legemidler til sluttbruker. Den skal medvirke til riktig legemiddelbruk i befolkningen og til god tilgjengelighet i alle deler av landet til legemidler og farmasøytiske tjenester som har god kvalitet og rimelig pris.»

Apotekene har en eksklusiv rett til å distribuere og selge reseptpliktige legemidler til priser og med avanser fastsatt av myndighetene. I denne rapporten beskriver vi apotekenes rolle i helsetjenesten og bransjens bidrag til verdiskaping.

Kapittel 2 beskriver de sentrale økonomiske reguleringene av apotekene, mens kapittel 3 forklarer hvordan verdiskapningsbegrepet forstås innenfor denne næringen.

Kapittel 4 viser utviklingen i apotekenes avanse, som vi i denne rapporten omtaler som apotekenes økonomiske kapasitet.

Kapittel 5 går inn på de ulike områdene for verdiskapning i apotekene, som den økonomiske kapasiteten muliggjør. Her skilles det mellom apotekenes bidrag for å sikre tilgjengelighet og riktig bruk av legemidler, andre helsetjenester og bidrag til effektiv priskonkurranse på eldre legemidler. Selv om dette er verdiskapning som det er krevende å tallfeste, gis det to eksempler – knyttet til riktig bruk av legemidler og effektiv priskonkurranse.

Kapittel 6 drøfter innretningen av den økonomiske reguleringen og hvordan denne påvirker apotekenes insentiver til å utvikle tjenestene.

Kapittel 7 avslutter med en oppsummering av de ulike verdiskapningsområdene til apoteknæringen.

2 Sentrale økonomiske reguleringer

I 2001 trådte en ny apoteklov i kraft, og med den fikk vi en omfattende deregulering med fri etablering av apotek og avvikling av et 400 år gammelt monopolregime. Mens det tidligere kun var farmasøyter som kunne eie og drive apotek etter å ha blitt tildelt apotekbevilling, åpnet den nye apotekloven opp for fri etablering av apotek uten krav om farmasøyt kompetanse på eiersiden.

Dagens apoteklovgivning krever fremdeles offentlig godkjenning av den som skal eie og drive et apotek, men det ligger ingen markeds- eller behovsvurdering til grunn for konsesjonene. For å få konsesjon må eier kunne dokumentere at virksomheten har økonomisk evne til å drive i samsvar med de faglige kravene til apotekvirksomhet, og at virksomheten får et omfang som er stort nok til at apotekets kompetanse som faghandel og tilvirker av legemidler sikres og kan holdes ved like.

Den faglige kvaliteten, og med den også pasientsikkerheten, ivaretas ved å stille krav til farmasøytisk kompetanse både i apotekenes daglige ledelse og til fagpersonalet for øvrig. Apotekeren er den faglige og administrative lederen av et apotek, og vedkommende må ha en femårig farmasøytutdanning. Fagpersonalet i apotek består i all hovedsak av farmasøyter og apotek teknikere. Alle reseptekspedisjoner må enten utføres eller kontrolleres av en farmasøyt. Både farmasøyter og apotek teknikere er autorisert helsepersonell og dermed underlagt helsepersonelloven.

Selv om apotekloven tillot fri etablering og fjernet det gamle bevillingssystemet, har apotekene dermed beholdt og videreutviklet rollen i helsetjenesten. Både lovverket og autorisasjonsordningen gir en offentlig kvalitetssikring av apotek tjenestene som skal ivareta pasientsikkerheten. Sentralt i lovgivningen står krav til forsvarlig yrkesutøvelse, vedlikehold av kompetanse, regler for taushetsplikt og dokumentasjon av helsehjelp

Apotekenes økonomiske rammebetingelser er i stor grad bestemt av myndighetenes reguleringer av sektoren. Selv om sektoren ble deregulert i 2001, er apotekene fremdeles underlagt en rekke reguleringer. Som definert i apotekloven, er det konsesjonskrav til både eierskap og drift av apotek. I tillegg har myndighetene fastsatt en rekke krav til selve driften, herunder krav til apotekets personale, grunnkrav til virksomheten, samt regler for salg og markedsføring.

Selv om det ikke lengre er restriksjoner på antall apotek eller apotekenes lokalisering, slik som før 2001, medfører disse reguleringene ekstra kostnader for aktørene ved etablering og drift av apotek, noe som isolert sett reduserer lønnsomheten i sektoren. Samtidig vet vi fra økonomisk teori at konsesjonskrav og andre regulatoriske krav kan bidra til etableringsbarrierer som beskytter etablerte aktører fra konkurranse fra potensielle nykommere, noe som i sin tur kan øke lønnsomheten i sektoren. Vi skal se nærmere på etablering og lønnsomhet i kapittel 4.

2.1 Pris- og avansereguleringen

En sentral regulering i apoteksektoren er myndighetenes pris- og avanseregulering som gjelder for salg av reseptpliktige legemidler, herunder også trinnprisordningen og krav om generisk bytte

i apotek. De reseptpliktige legemidler med markedsføringstillatelse i Norge, uavhengig av om de er refunderbare eller ikke, er underlagt maksimal pris- og avanseregulering.¹

Kort sagt så fastsetter myndighetene en maksimal pakningspris apotekene skal måtte betale grossistledet. Apotekenes maksimale innkjøpspris (AIP) er som en hovedregel satt lik gjennomsnittet av de tre laveste prisene i ni referanseland. Deretter tillates apotekene å tillegge en maksimal avanse som er en kombinasjon av et fast kronetillegg og et prosentvis påslag på maksimal AIP.

Pris- og avanseregulering fastsetter apotekenes økonomiske rammebetingelser innenfor apotekenes kjernevirksomhet som er distribusjon og salg av reseptpliktige legemidler. Ved å fastsette en maksimal AIP og maksimalt avansetillegg, har myndighetene begrenset produktmarginen som apotekene kan oppnå ved salg av reseptpliktige legemidler. I tillegg vil de regulatoriske kravene til generisk bytte, lagring, rapportering, informasjon, osv., øke de variable kostnadene ved distribusjon og salg, noe som i sin tur reduserer produktmarginen til apotekene.

Når pris- og avansereguleringen strammes til, eller når det tillegges ytterligere regulatoriske krav til distribusjon og salg av legemidler, medfører det nødvendigvis lavere produktmarginer og dermed lavere lønnsomhet for hvert enkelt apotek og for sektoren som helhet. Apotekene kan øke sine marginer ved å bli mer kostnadseffektive i distribusjon og salg av legemidler og gjennom å utnytte kjøpermakt overfor leverandørene i forhandlinger om innkjøpsbetingelser. I hvilken grad de evner å presse ned innkjøpsprisene fra leverandørene (GIP) er markedsbestemt og ikke avhengig av regulatoriske ordninger. Vi skal komme nærmere inn på dette nedenfor i kapittel 6.

De økonomiske rammebetingelsene til apotekene avhenger i tillegg av i hvilken grad salg av legemidler flyttes over i andre salgskanaler enn apotek og i hvilken grad apotek tillates å selge andre produkter enn legemidler. Under dagens reguleringsregime tillates apotek å selge handelsvarer, noe som utgjør en økende og etter hvert stor andel av apotekenes salgsinntekt og avanse. Deler av apotekenes handelsvarer har også medisinsk funksjon som de ihht. apotekloven (§ 5-3) har plikt til å føre. Handelsvarer som gis refusjon (blå resept), slik som forbruksmateriell og næringsmidler, er dessuten pris- og avanseregulert.

Selv om myndighetene ikke krever at apotekene kun skal selge legemidler, er det likevel et prinsipielt spørsmål om inntekter fra salg av handelsvarer skal medregnes når man diskuterer realiseringen av de politiske målsettingene for sektoren knyttet til apotekdekning osv.

Statens legemiddelverk fastsetter maksimalpriser og maksimale avansesatser for reseptpliktige legemidler. Følgende maksimale avansesatser gjelder for reseptpliktige legemidler fra 1. juli 2019:

- 2,0 % av apotekets innkjøpspris (AIP)
- Kronetillegg kr 29,00 per pakning
- Kjølevaretillegg 0,5 % av AIP
- Tillegg for A/B-preparater kr 19,00 per pakning

Avansereguleringen er altså en form for todelt tariff med en fast avansesats uavhengig av legemidlets pris og en variabel avansesats som en prosentandel av apotekets innkjøpspris (AIP).

¹ For legemidler importert på godkjenningfritak, er det ingen prisregulering, kun avanseregulering. For apotekproduserte legemidler er det verken avanse- eller prisregulering, men det fastsettes refusjonspriser hvis de omsettes på blå resept. For veterinære legemidler er det verken pris- eller avansereguleringer overhodet.

Avansereguleringen definerer maksimal utsalgspris (AUP). I de fleste tilfeller er maksimal AUP = maksimal AIP * 1,02 + 29.

Apotekenes utsalgspris (AUP) kan derfor ikke overstige maksimal AIP tillagt maksimal avansesats. Slik sett definerer avansereguleringen maksimal AUP for reseptpliktige legemidler. For å illustrere, anta et legemiddel (som ikke er kjøleware eller A/B preparat) med en maksimal AIP på kr 100. Med dagens maksimale avansesatser betyr det at apotekene kan legge til kr 31, slik at maksimal AUP er kr 131 (eksklusiv merverdiavgift) for dette legemidlet. Apoteket kan selge legemidlet rimeligere og forsake avanse, men prisen kan altså ikke overstige maksimal AUP. Kombinasjonen av maksimal AIP og maksimal regulert avanse, fastsatt av Statens legemiddelverk, definerer altså et pristak for reseptpliktige legemidler ut til sluttbruker.

2.2 Generisk bytte og trinnpris

For et utvalg reseptpliktige legemidler som er møter konkurranse fra generikaleverandører har myndighetene i tillegg introdusert en maksimal refusjonspris for blåresept, kalt trinnpris, hvor apotekene pålegges å ha minst ett legemiddel tilgjengelig for salg til denne prisen. Apotekene pålegges også å informere kunden om dette alternativet og kreve inn en egenandel dersom kunden motsetter seg generisk bytte og ønsker i stedet å kjøpe et dyrere pakning fra en annen leverandør.² Når pasienter motsetter seg bytte, vil det som oftest være basert på et ønske om å bruke den originale merkevaren som hadde patentbeskyttelse. Hvis det er medisinske grunner til at pasienten ikke skal bytte, kan legen reservere mot bytte, og da uten at dette belastes pasienten med økt egenbetaling.

Det er Legemiddelverket fastsetter hvilke legemidler som er byttbare. Et og samme legemiddel vil ofte ha flere byttegrupper, for eksempel på grunn av at legemiddel kommer med ulike styrkenivåer. Generisk bytte gir apotekene plikt til å levere ut det billigste alternativet på byttelisten.

Selv om generiske bytte nå i stor grad er akseptert av pasientene, var det en krevende regulatorisk endring etter apotekreformen, der apotekene har bidratt til å stimulere generisk bytte gjennom informasjon og veiledning av pasientene.

2.2.1 Trinnprissystemet

Trinnprissystem som er koblet til ordningen med generisk bytte er et godt eksempel på hvordan økonomiske virkemidler kan gi riktige insentiver til aktørene, inkludert apotekene. Når apotekene bytter til det billigste alternativet (med mindre legen eller pasienten reserverer seg), gir det grossistene forhandlingsmakt mot leverandørene når det forhandles om innkjøpspriser. Den kjøpermakten har grossistene hatt helt siden generisk bytte ble innført i 2001, men utfordringen har vært å få lavere utsalgspriser i apotek. Flere forsøk måtte til før dagens trinnprismodell ble valgt i 2005.

² Med egenandel menes her de 50 pst. av prisen som pasienten selv skal betale (39 pst. før nyttår). Når pasienten motsetter seg bytte, må denne betale normal egenandel av trinnpris, og 100 pst. av prisdifferansen mellom prisen på utlevert produkt og trinnprisen. Denne differansen er ikke å anse som godkjent egenandel og inngår heller ikke i beregningsgrunnlaget for frikort.

Trinnprissystemet sikrer at også samfunnet, gjennom folketrygden, får nytte godt av prisreduksjonene som apotekkjedene fremforhandler med leverandørene. I trinnprissystemet reduseres prisen (AUP) på et legemiddel trinnvis med faste kuttsatser etter at legemidlet har mistet patentbeskyttelse, fått konkurranse fra likeverdige legemidler og kommet på Legemiddelverkets liste over byttbare legemidler.³

AIP vil reduseres i to, der kuttsatsene avhenger av legemidlets omsetning (apotekets utsalgspris, AUP) i en 12-måneders periode før den generiske konkurransen starter:

Tabell 2.1. Trinnpriskuttene

Omsetning før generisk konkurranse	1. trinnpriskutt (umiddelbart)	2. trinnpriskutt (tidligst etter 18 mnd.)
Under 100 mill. kroner	59 %	Omsetning > 15 mill. kroner: 69 %
Over 100 mill. kroner	81 %	Omsetning > 30 mill. kroner: 88 % Omsetning > 100 mill. kroner: 90 %

Apotekene plikter å tilby minimum ett legemiddel til trinnpris innenfor en byttegruppe av tilsvarende legemidler (samme virkestoff). Så lenge ett legemiddel selges til trinnpris, har apoteket mulighet til å selge andre alternativer til en høyere pris, typisk vil dette gjelde originallegemidlet.

Det er viktig for trinnprismodellen at reservasjoner mot bytte fra lege og pasienter ikke blir for omfattende eller skjer i unødvendig stor grad. Det demper konkurransen i leverandørmarkedet og svekker grossistenes forhandlingsmakt. Dette kan ha en langsiktig kostnad ved at grossistenes innkjøpspriser blir liggende høyere, noe som kan medføre behov for oppjustering av trinnprisene. Jo dyktigere apotekene er til å få pasientene til å bytte til det billigste, desto sterkere blir apotekenes forhandlingsmakt.

³ Trinnpris kan først utløses når det er inngått en avtale mellom en generikaleverandør og minst én grossist, og det kan dokumenteres leveringsdyktighet.

3 Apotekenes verdiskapning

I dette kapitlet forklarer vi hva som ligger i apotekenes verdiskapning i samfunnsøkonomisk forstand, og hvordan dette i prinsippet skal tallfestes.

Apotekenes viktigste oppgave er å sørge for at legemidlene som pasientene har behov for er tilgjengelige, og at disse utleveres med god informasjon om riktig bruk og i tråd med legenes forskrivning dersom det dreier seg om reseptpliktige legemidler. Det er en gjensidig avhengighet mellom legemiddelfirmaer som utvikler og produserer legemidler og grossister og apotek som distribuerer og selger legemidlene til pasientene. Uten utvikling og produksjon av legemidler er selvsagt apotekene overflødige, men uten apotekenes distribusjonsapparat og farmasøytiske kompetanse til å selge legemidlene til pasienter, ville legemiddelindustriens muligheter til å nå ut til pasientene vært kraftig begrenset. Uten apotekenes salgskanaler, ville pasientenes tilgang til legemidlet stoppet og på lengre sikt ville industriens økonomiske insentiver til å utvikle legemidler blitt kraftig svekket.

Apotekene kan sies å representere en kritisk samfunnsfunksjon, som både industrien og pasientene er avhengig av for å realisere verdien på legemidler. Dermed vil den samfunnsøkonomiske verdien av apotektjenestene avhenge av behandlingseffekten av legemidlene. Hvis et effektivt legemiddel kommer på markedet, øker den samfunnsøkonomiske verdien av apotekenes ressursbruk for å gjøre dette tilgjengelig for pasientene.

Prisene på reseptpliktige legemidler i Norge er regulert gjennom en maksimalprisordning. Reguleringen skal sikre at legemiddelprisene står i et rimelig forhold til verdien av behandlingen. For legemidler som enten inngår i blåreseptordningen eller som finansieres av helseforetakene sikres det ved hjelp av legemiddeløkonomiske analyser, der den dokumenterte behandlingseffekt vurderes opp mot behandlingstkostnadene, dvs. legemiddelprisene. Legemiddelprisene gir oss derfor informasjon om den samfunnsøkonomiske verdien av legemiddelforbruket. Hvis alle prisene var lik den samfunnsøkonomiske verdien av behandlingen, ville omsetningen avsløre bruttoverdien av legemiddelforbruket i Norge, men til gjengjeld ville hele det samfunnsøkonomiske overskuddet tilfalt industrien, grossistene og apotekene.

Nedenfor forklarer vi hva som ligger i apotekenes samfunnsøkonomiske verdiskapning, i tråd vel etablerte prinsipper for samfunnsøkonomiske analyser.

3.1 Samfunnsøkonomisk nytte og lønnsomhet

Siden apotekene utgjør en kritisk samfunnsressurs underlagt detaljerte økonomiske reguleringer, gir apotekenes økonomi, målt med avanse og overskudd, liten informasjon om deres verdiskapning. Den samfunnsøkonomiske nytten av apotekene er langt større, og faller sammen med samfunnets verdsetting av helseeffekten av legemiddelforbruket.

Apotekenes verdi i helsetjenesten kan sammenlignes med veienes verdi for næringslivet og enkeltindivider. Mobilitet har åpenbart en stor samfunnsnytte, bl.a. gjennom å redusere reisetiden og bedre bedriftenes muligheter til å nå ut i markedet med sine produkter. I en samfunns-

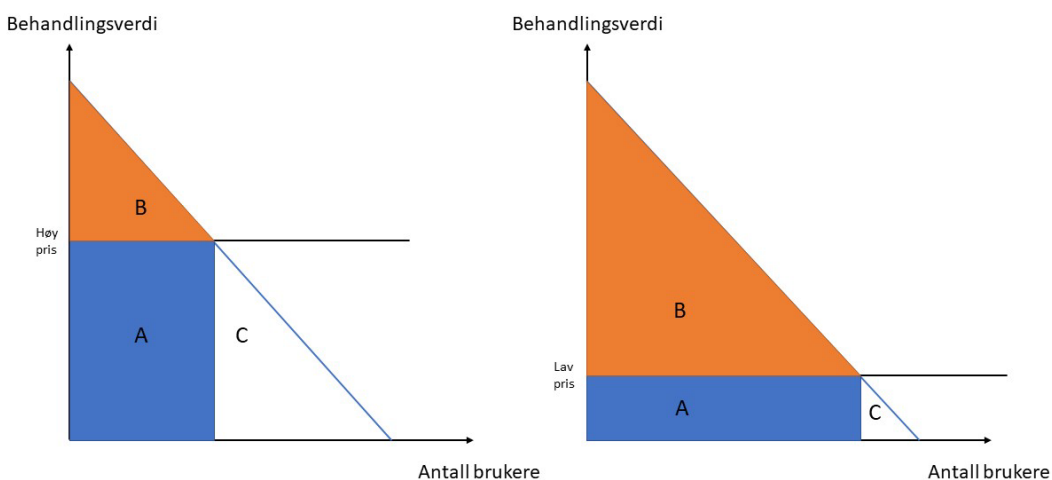
Økonomisk analyse av et nytt veiprojekt inngår slike faktorer på nyttesiden – som samfunnsøkonomisk verdi/nytte. Det samfunnsøkonomiske overskuddet av et veiprojekt fremkommer ved å trekke fra de samfunnsøkonomiske utbyggings- og driftskostnadene. Tilsvarende vil det samfunnsøkonomiske overskuddet av legemiddelbasert pasientbehandling fremkomme ved å trekke fra legemiddelkostnadene, som langt på vei faller sammen med legemiddelprisene vi betaler.

Figuren nedenfor illustrerer sammenhengen mellom slike omsetningstall og den samfunnsøkonomiske verdien av behandlingen. De fallende kurvene i de to figurene viser alle potensielle brukere av legemidlet, rangert etter behandlingseffekt - fra pasientene med høyest behandlingseffekt til de med lavest behandlingseffekt. Kurven viser altså nivået på behandlingsverdien for de ulike pasientene som har nytte av behandlingen.

Vi antar at pasienter som har en behandlingsverdi (f.eks. verdien av QALY) som overstiger prisen får tilgang på behandlingen. Figuren til venstre illustrerer en situasjon med en relativt høy pris på legemidlet, mens figuren til høyre viser situasjonen med en lav legemiddelpris.

Bredden på den blå boksen (A) viser hvor mange pasienter som får nytte godt av behandlingen. Behandlingen gir en samlet kostnad lik A, og denne kan vi lett tallfeste siden den faller sammen med omsetningsverdien av legemidlet i apotekene.

Figur 3.1 Samfunnsøkonomiske nytte og overskudd



Kostnaden (A) vil være lavere enn den samlede samfunnsøkonomiske nytten, slik at vi sitter igjen et med positivt samfunnsøkonomisk overskudd. Overskuddet illustreres i figuren som den oransje trekanten B, og vil generelt være høyere enn den observerbare omsetningsverdien A.

Det er flere grunner til at den samfunnsøkonomiske nytten av legemiddelsalget gjennom apotek overstiger omsetningsverdien:

1. **Maksimalprisene.** Disse settet lik gjennomsnittet av de tre laveste prisene i ni europeiske land. Som et av verdens rikeste land er det rimelig å anta at samfunnets verdsetting av legemidlene i Norge er høyere enn reservasjonsprisene i andre land. Referanseprisingen vår sikrer likevel

at vi ikke betaler mer for legemidlene enn i disse landene. Internasjonale prissammenligninger bekrefter dette. (Dalen, Holden, Lian, Rasmussen, & Skulestad, 2021).

2. **Trinnpris.** Vi har et effektivt reguleringsregime for å få prisene raskt ned når patenttiden utløper. Den samfunnsøkonomiske nytten faller ikke av den grunn, hvilket innebærer at det samfunnsøkonomiske overskuddet øker kraftig på legemidler som går av patent. Det skjer fordi pasienter (og staten) betaler mindre enn før, men også fordi det over tid gir økonomisk grunnlag for å utvide pasientgruppene får behandlingen.
3. **Anbud.** Mange kostbare legemidler som apotekene utleverer til pasienter, har fått finansieringsansvaret overført til de regionale helseforetakene. Sykehusinnkjøp gjennomfører anbud og forhandler om prisene for å presse prisene, ikke bare på generika, men også gjennom såkalt terapeutisk konkurranse mellom patenterte legemidler. Terapeutisk konkurranse for å presse prisene er nå også under utprøving innenfor blåreseptordningen.
4. **Legemiddeløkonomiske analyser.** Når det gjennomføres legemiddeløkonomiske analyser ifm. innføring av nye metoder eller blåreseptrefusjon tas kun de direkte helsegevinstene med på nyttesiden. Effekten behandlingen har på arbeidsdeltakelse og produktivitet tas ikke med, selv om de en del av den samfunnsøkonomiske nytten.

Når prisene presses ned på denne måten, blir avstanden mellom den målbare omsetningsverdien (A) og det samfunnsøkonomiske overskuddet (B) større. Dette er illustrert i figuren til høyre ovenfor. Overskuddet øke av to grunner. For det første fordi vi betaler mindre for legemidlene, slik at en større del av samlet behandlingsverdi beholdes som et overskudd for samfunnet og pasientene. For det andre er det regningsvarende å la flere pasienter få tilgang til behandlingen når prisene faller. Betydningen av den andre effekten avhenger av hvor prisfølsom behandlingsvalgene i den offentlige finansierte helsetjenesten er.

Den samfunnsøkonomiske nytten av å distribuere og selge legemidler, vil kunne ligge langt over det vi ser fra omsetningstallene. Trinnprisede legemidler får et prisfall på opp mot hele 90 pst., uten at den samfunnsøkonomiske verdien av å bruke disse legemidlene av den grunn har falt.

Den samlede omsetningsverdien for legemidler på 24,5 mrd. kroner (ekskl. mva) i 2021 utgjør dermed et absolutt nedre anslag på den samfunnsøkonomiske bruttonytten av legemiddelforbruket i Norge. Som våre fire punkter overfor viser, er det grunn til å tro at også det samfunnsøkonomiske overskuddet er betydelig.

For å vurdere den samfunnsøkonomiske verdien av apotekene, må vi ta stilling til hva som er det beste alternativet. Vi anser det imidlertid som urealistisk å gi pasienter tilgang til legemidler uten at dette utleveres fra apoteker (både fysiske og nett) med kvalifisert helsepersonell. Hvis en slik antakelse er riktig, vil den direkte samfunnsnytt (brutto) av denne virksomheten i 2021 være lik 24 mrd. kroner pluss det samfunnsøkonomiske overskuddet.

Umiddelbart kan dette virke overraskende – kan virkelig apotekene krediteres hele det samfunnsøkonomiske overskuddet av legemiddelforbruket? Forklaringen ligger i at apotekdrift ansees å være en kritisk ressurs, som muliggjør forsvarlig bruk av legemidler. Det betyr selvsagt ikke at den samfunnsøkonomiske nytten legemiddelbruken i Norge skal høstes av apotekene. Den samfunnsøkonomiske nytten fordeles i all hovedsak mellom pasientene og skattebetalerne, legemiddelindustrien, apotekene og legemiddelgrossistene.

Det at apotekene har en slik samfunnskritisk rolle i helsetjenesten er i seg en viktig begrunnelse for å at legemiddelprisene og avansen bør reguleres. Uten regulering, ville apotekenes

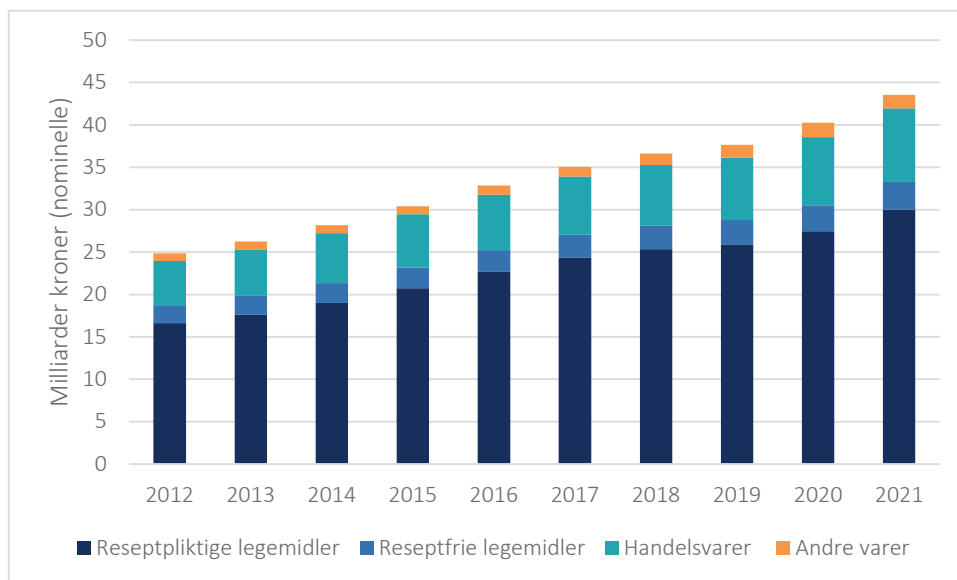
markedsrett blitt urimelig stor, med en sterk økonomisk makt både mot både pasienter og industrien. Reguleringen bør utformes slik at apotekene har økonomiske insentiver som støtter opp om den samfunnskritiske rollen. Det kommer vi tilbake til i kapittel 6.

Siden samlet legemiddelomsetning utgjør et absolutt nedre nivå på samfunnsnyttens av apotekenes virksomhet, beskriver vi nedenfor utviklingen i denne fra 2012.

3.2 Omsetning i apoteksektoren

Lønnsomheten i apoteksektoren defineres generelt sett av inntekts- og kostnadsforhold som i sin tur er delvis påvirket av myndighetenes reguleringer, da særlig for reseptpliktige legemidler, noe vi skal komme nærmere inn på nedenfor. La oss først se nærmere på apotekenes salgsinntekter. Figuren under viser utviklingen i samlet apotekomsetning fordelt på de ulike varekategoriene.

Figur 3.2 Omsetning på AUP-nivå (inkl. mva.) per år per varekategori, 2012 – 2021



Kilde: Farmalogg

Figuren viser at samlet apotekomsetning har økt fra 24,8 mrd. kroner i 2012 til over 43,5 mrd. kroner i 2021, noe som tilsvarer en økning på over 75 pst. i nominelle beløp (prisstigningen i perioden er på 23,6 pst. som betyr at omsetningen har økt med over 50 pst. i reelle termer). Figuren viser også fordelingen av omsetning etter varekategori. Reseptpliktige legemidler er apotekenes viktigste varekategori og utgjør noe over 2/3-deler av samlet omsetning. Dernest kommer handelsvarer som utgjør om lag 20 pst., reseptfrie legemidler som utgjør om lag 8 pst., og andre varer som utgjør om lag 4 pst.

Om lag 2 mrd. kroner av handelsvarene finansieres av folketrygden. Det salget skjer til refusjonspriser satt av staten. Denne fordelingen av omsetning etter varekategori er svært stabil over hele tiårs perioden til tross for at samlet omsetning har hatt en sterk økning. Det er altså ikke en konkret varekategori som driver denne økningen i samlet omsetning i apotekene. Tabellen nedenfor viser hvordan omsetning i 2021 fordeler seg på de ulike kategoriene:

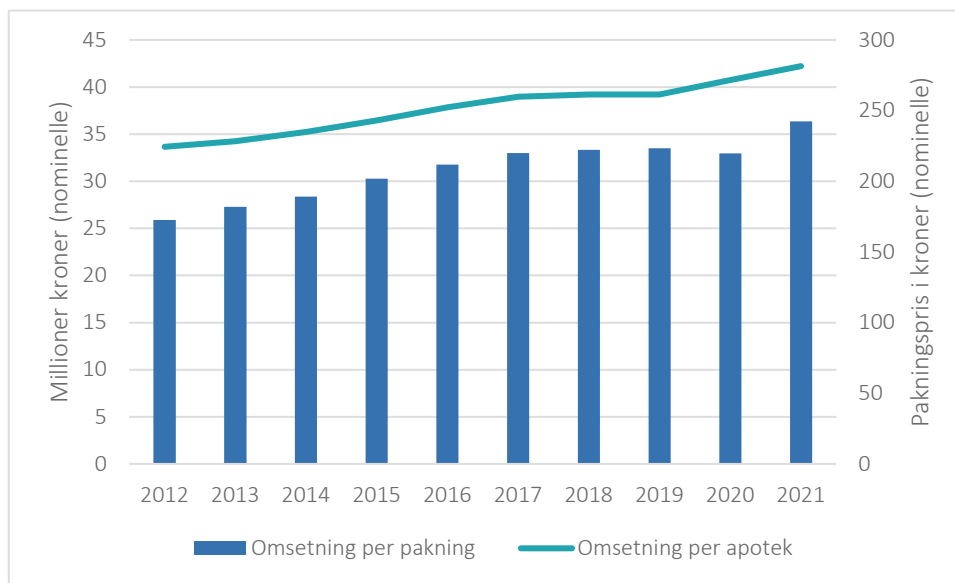
Tabell 3.1 Apotekenes omsetning i 2021 fordelt på varekategori

Varekategori	Omsetning (mrd. kr inkl. mva.)
Reseptpliktige legemidler	29,5
Legemidler med MT	28,4
Legemidler spesielt godkjenningsfritak	0,8
Apotektilvirkede legemidler	0,3
Reseptfrie legemidler	3,3
Legemidler med MT	3,2
Apotektilvirkede legemidler	0,1
Handelsvarer	8,7
Andre varer	1,6
Total	43,0

Kilde: Farmalogg

La oss se nærmere på hvordan apotekenes salgsinntekter (omsetning inklusiv mva.) fordeler seg per apotek og per pakning solgt til sluttkunde.

Figur 3.3 Omsetning (inkl. mva.) per apotek og per pakning, 2012 – 2021. Kroner



Kilde: Farmalogg

Figuren viser at omsetning per apotek har økt fra 33,6 mill. kroner i 2012 til over 42,2 mill. kroner i 2021. Det er en omsetningsøkning på 25 pst. i nominelle beløp. Prisstigningen (målt ved KPI) er i samme periode på 23,8 pst., noe som tilsier en tilnærmet stabil utvikling i omsetning per apotek i reelle termer. I samme periode økte antall apotek fra 738 til 1031, en økning på nær 40 pst. Antall apotek har altså økt med en lavere vekstrate enn økningen i samlet omsetning målt i nominelle beløp og med en tilnærmet lik vekstrate når en justerer for generell prisstigning.

Et interessant spørsmål er om veksten i omsetning (både samlet og per apotek) skyldes prisøkninger eller økning i salgsvolum (etterspørsel), eller en kombinasjon av dette. Figuren viser utviklingen i samlet omsetning delt på antall pakninger (enheter) solgt som i praksis gir oss en

(volumvektet) gjennomsnittlig salgspris per år. Vi ser at den gjennomsnittlige pakningsprisen har økt fra om lag 172 kroner til 242 kroner i nominelle termer, noe som tilsvarer en prisøkning på vel 40 pst. for perioden (mens KPI i perioden har en økning på 23,8 pst.). I samme periode har antall pakninger solgt fra apotek økt fra 143 millioner til 173 millioner som tilsvarer en økning på 25 pst. Økningen i omsetning samlet og per apotek skyldes dermed en økning både i priser og volum. I kap. 6 ser vi nærmere på prisindekser som får frem betydningen av priser og volum for den samlede omsetningsutviklingen.

Samlet omsetning har økt vesentlig selv når en justerer for generell prisstigning. Omsetning per apotek har også økt til tross for at det har blitt etablert vesentlig flere apotek i perioden, men her er økningen tilnærmet stabil om en justerer for inflasjon. Økningen i omsetning kommer fra alle varekategoriene, men reseptpliktige legemidler utgjør den klart viktigste kategorien for apotekene ettersom 2 av 3 kroner i salgsinntekt kommer fra denne varekategorien.

Økonomiske rammebetingelser i apoteksektoren bestemmes imidlertid ikke bare av inntektssiden, men også av kostnadssiden. Salgsinntektene skal for det første deles med leverandørene og så må apotekene dekke sine kostnader ved distribusjon og salg til sluttkunde, herunder både variable kostnader (f.eks. varekostnad, driftskostnad) og faste kostnader (f.eks. kostnader knyttet til lokaler, lager, og i stor grad personell). Myndighetenes krav knyttet til konsesjon for eierskap og drift, samt også personale, grunnkrav, osv., vil nødvendigvis ha betydning for kostnadssiden. I tillegg vil pris- og avansereguleringen definere et øvre tak for produktmarginene som apotekene kan realisere i markedet. Dette ser vi nærmere på i de neste kapitlene.

3.3 Kort oppsummert

- Apotekene har en kritisk samfunnsfunksjon, som både industrien og pasientene er avhengig av for å realisere den samfunnsøkonomiske nytten av legemiddelbasert behandling.
- Samlet legemiddelomsetning gjennom apotek på om lag 25 mrd. kroner (ekskl. mva) et absolutt nedre gulv på den den samfunnsøkonomiske nytten, men er trolig vesentlig større.
- Legemiddelprisene i Norge er trolig langt lavere enn den samfunnsøkonomiske nytten av legemiddelbruken.

4 Avansen – apotekenes økonomiske kapasitet

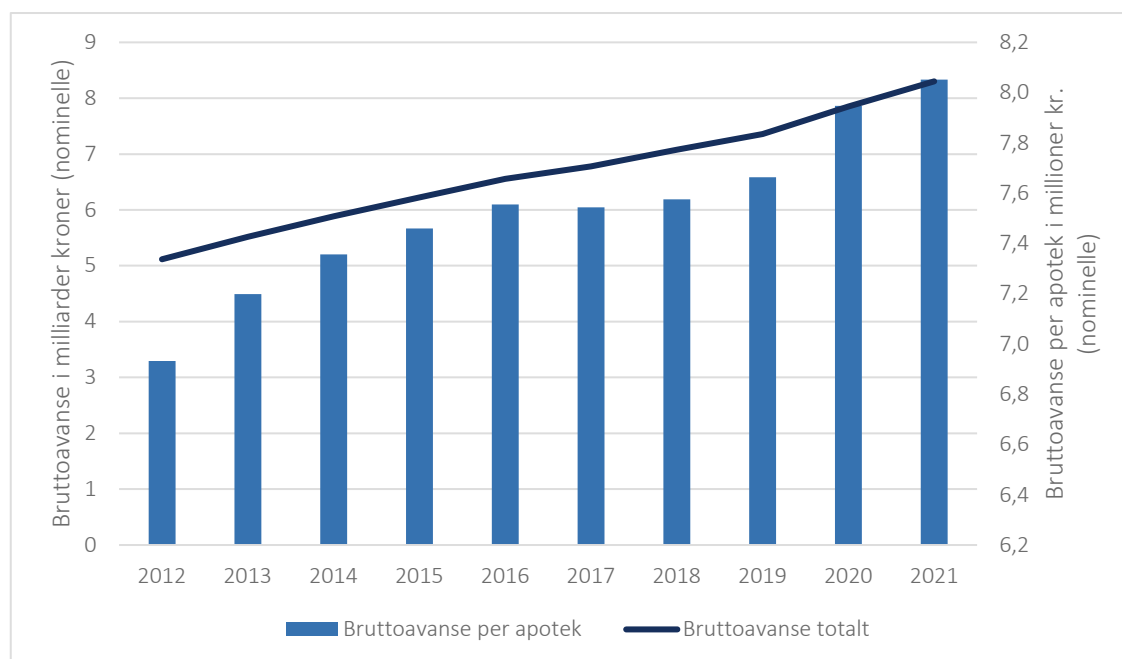
Apotekenes avanse skal dekke driftskostnader og gi avkastning på investert kapital. Avansen avgjør apotekenes økonomiske kapasitet til å tilby de tjenestene som bidrar til å realisere den samfunnsøkonomiske nytten. Før vi ser nærmere på disse tjenestoområdene, gir vi her en oversikt over utviklingen i apotekenes avanse.

Det er viktig å skille mellom lønnsomhet og avanse (produktmarginer) når en skal diskutere økonomiske rammebetingelser. Total lønnsomhet ved apotekdrift inkluderer alle inntektsposter og utgiftsposter, inkludert faste kostnader ved å etablere og drifte apotek. Avanse er i praksis produktmarginer, altså differansen mellom utsalgspris (AUP) og innkjøpspris (AIP), ganget med faktisk salg (antall pakninger solgt). Vi kaller dette for bruttoavanse siden denne variabelen ikke inkluderer variable distribusjons- og salgskostnader, men kun varekost som i vår analyse vil være faktisk AIP som apotekene må betale som innkjøpspris for et gitt produkt. Ved beregning av nettoavanse ville man i prinsippet også trukket fra de variable kostnadene ved distribusjon og salg, men denne informasjonen er ikke tilgjengelig og den er uansett krevende å estimere. Total lønnsomhet ved apotekdrift kan man anslå ved å hente inn regnskapstall for det enkelte apotek i landet. Dette gjør Statens legemiddelverk i sin vurdering av avansesatsene for legemidler.

4.1 Samlet bruttoavanse

Vi skal i stedet fokusere på bruttoavanse som mål på apoteklønnsomhet i dette kapitlet.

Figur 4.1 Bruttoavanse totalt og per apotek, 2012-2021



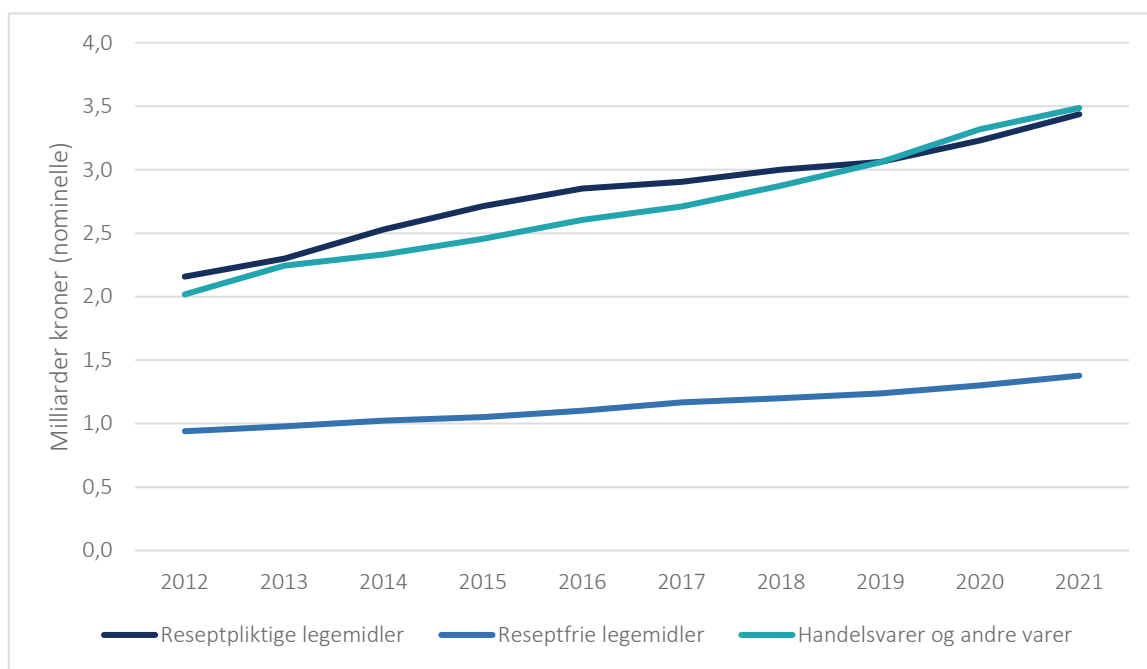
Kilde: Farmalogg

Figuren viser at det har vært en jevn økning i apotekenes bruttoavanse fra totalt 5,1 mrd. kroner i 2012 til 8,3 mrd. kroner i 2021. Det tilsvarer en økning på om lag 62 pst. I samme periode var prisstigningen (målt ved KPI) på 23,8 pst., slik at økningen er relativt stor også i reelle termer. Bruttoavansen utgjør ca. 20 pst. av apotekenes samlet omsetning. Andelen var 21 pst. i 2012 og 19 pst. i 2021, så bruttoavansen har økt med en marginal svakere vekstrate enn samlet omsetning som hadde en økning på 75 pst. i samme periode (som beskrevet i forrige kapittel).

Figuren viser også utviklingen i bruttoavanse per apotek som har en økning fra om lag 6,9 mill. kroner i 2012 til noe over 8 mill. kroner i 2021, noe som tilsvarer en økning på om lag 16 pst. Økningen i bruttoavanse per apotek er nødvendigvis svakere enn den samlede bruttoavansen siden det også har vært en sterk vekst i antall apotek fra 739 til 1031 i samme periode. Med en generell prisstigning på 23,8 pst. i perioden innebærer det en reduksjon i bruttoavansen per apotek i reelle termer på om lag 8 pst.

Samlet bruttoavanse per varekategori for perioden 2012 til 2021 viser at både nivå og vekst er sterkest for reseptpliktige legemidler og handelsvarer, mens det er vesentlig lavere både i nivå og vekst for reseptfrie legemidler.

Figur 4.2 Bruttoavanse per varekategori, 2012-2021



Kilde: Farmalogg

Reseptpliktige legemidler hadde en samlet bruttoavanse på om lag 2,1 mrd. kroner i 2012 og 3,4 mrd. kroner i 2021, noe som gir en vekst på nesten 60 pst. i perioden. Handelsvarer og andre varer hadde en bruttoavanse på om lag 2 mrd. kroner i 2012 og nær 3,5 mrd. kroner i 2021, noe som gir en vekst på over 70 pst. Reseptfrie legemidler hadde en bruttavanse på nær 1 mrd. kroner i 2012 og nær 1,4 mrd. kroner i 2021. Det gir en vekst på 46 pst. i perioden. Denne veksten er sterkere enn den generelle prisstigningen på 23,8 pst. i perioden for alle kategorier. Det er denne

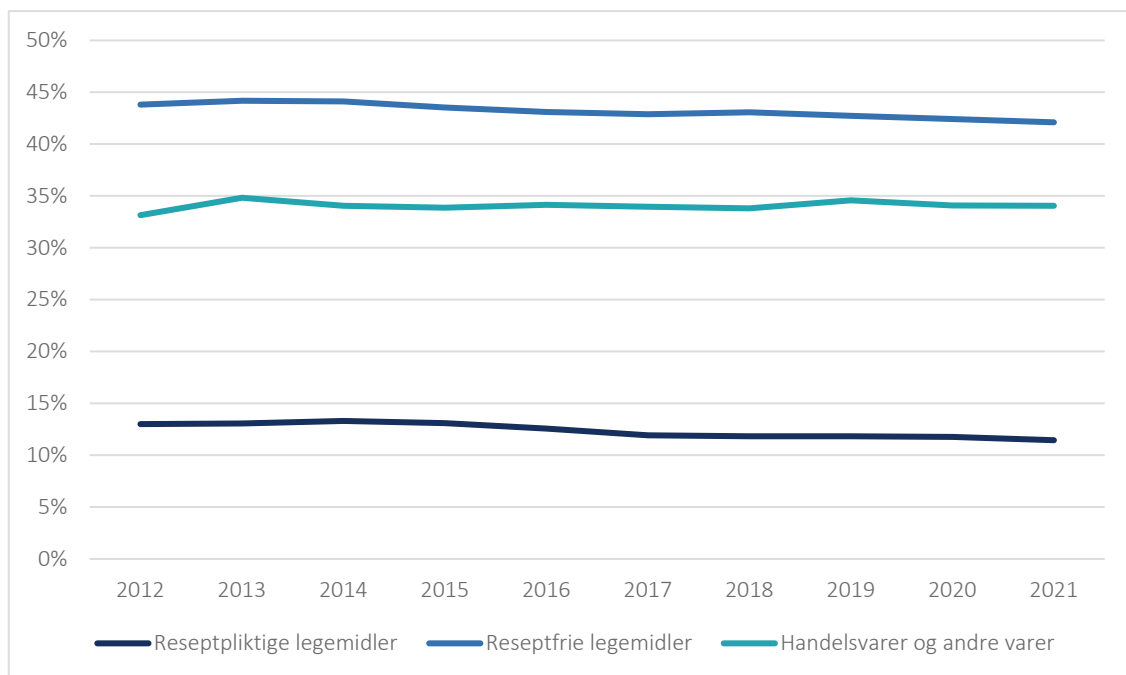
realveksten i samlet bruttoavanse som skal dekke økte kostnader knyttet som følge av reallønnsvekst, flere årsverk, apoteketableringer og økt reseptvolum.

Vi har ikke sett på om dette i tillegg har gitt rom for økt avkastning på investert kapital i apotekene. Konkurransen mellom apotekene tilsier imidlertid isolert at realvekst i samlet bruttoavansen over tid ikke gir grunnlag for økt avkastning. Veksten i antall apotek gjennom perioden (se nedenfor) tyder på at den økte bruttoavansen «omsettes» til bedre apotektilbud for befolkningen.

Når det gjelder nivå, utgjør reseptpliktige og handelsvarer henholdsvis 41 og 42 pst. i 2021, mens reseptfrie legemidler utgjør 17 pst. av samlet bruttoavanse. Handelsvarer har økt sin andel med tre prosentpoeng siden 2012, mens reseptfrie og reseptpliktige har redusert sin andel med henholdsvis 1 og 2 prosentpoeng.

Det er likevel interessant å se nærmere på den relative størrelsen på bruttoavansen i forhold til omsetningen innenfor de tre varekategoriene. Figuren nedenfor viser den prosentvise bruttoavansen per varekategori for perioden 2012 til 2021.

Figur 4.3 **Bruttoavanse som prosentandel av samlet omsetning per varekategori, 2012-2021**



Kilde: Farmalogg

Figuren viser at selv om reseptfrie legemidler utgjør den minste andelen av samlet bruttoavanse er produktmarginene høyere enn de to øvrige varekategoriene. Bruttoavansen for reseptfrie legemidler er på rundt 42 pst. i 2021, mens den er nesten 35 pst. for handelsvarer og andre varer. Ikke så overraskende er bruttoavansen vesentlig lavere for reseptpliktige legemidler med en andel på rett over 10 pst. i 2021. For både reseptfrie og reseptpliktige legemidler er det en svakt avtakende trend, mens andelen er mer stabil for handelsvarer i denne perioden.

En viktig forklaring på den lave prosentvise bruttoavansen på reseptpliktige legemidler er myndighetenes pris- og avanseregulering. Reseptfrie legemidler og handelsvarer er som hovedregel

ikke underlagt regulering og apotekene kan dermed fritt sette prisene på disse to varekategoriene. Samtidig er dette varekategorier som er konkurranseutsatt. Reseptfrie legemidler er delvis konkurranseutsatt via LUA-ordningen, mens handelsvarer som selges uten refusjon fra folketrygden ikke er underlagt noen form for regulering og produktene selges i konkurranse med øvrige detaljister som selger denne typen varer. Som opplyst ovenfor omsettes det refunderbare handelsvarer for om lag 2 mrd. kroner i året, og det skjer til regulerte priser og avanser.

I tillegg er det slik at reseptfrie legemidler gjennomgående har langt lavere utsalgspriser enn de reseptpliktige. Hvis det er kostnadselementer knyttet til distribusjon og salg som er både reseptpliktige og reseptfrie legemidler har til felles, vil det isolert trekke den prosentvise avansen opp for billigere legemidler.

Når det gjelder reseptpliktige legemidler, er apotekene tildelt en eksklusiv rett til å distribuere og selge denne varekategorien. Konkurransen er da utelukkende mellom andre apotek, samt også nettapotek. Likevel er pris- og avansereguleringen så pass stram at det gjør det vanskelig å hente ut marginer. Som nevnt ovenfor, tar ikke bruttoavance hensyn til variable kostnader apotekene har ved distribusjon og salg av legemidler, og er dermed et øvre tak på apotekenes produktmarginer. I neste kapittel ser vi nærmere på avansen innenfor reseptpliktige legemidler som er apotekenes kjernevirksomhet og hvor de har størst avanser og omsetning samlet sett.

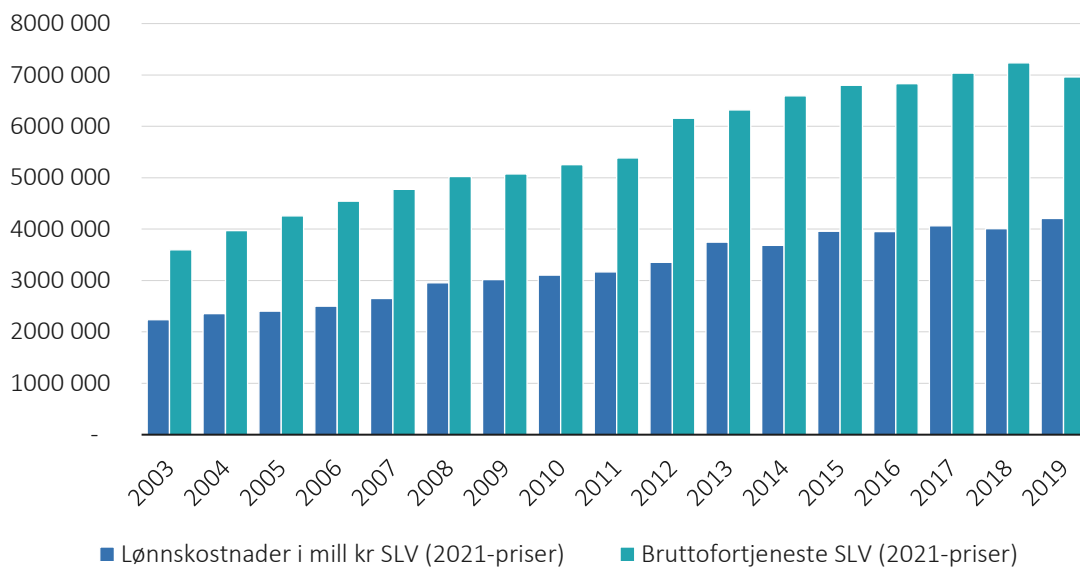
Bruttoavansen kan sees på som apotekenes økonomiske kapasitet til å tilby apotektjenester. Det er denne avansen som skal dekke apotekenes kostnader ved apotekdriften, der lønn utgjør en stor andel av samlede kostnader.

Siden reseptpliktige legemidler utgjøre en stor del av samlet omsetning og avanse, er markedstørrelsen for den viktigste inntektskildene utenfor apotekenes kontroll. Det er legene som gjennom sin forskrivningspraksis avgjør hvor stor omsetningen blir. Når legemiddelforbruket øker, øker også inntjeningen per apotek, i hvert fall på kort sikt. Fri etablering av apotek og konkurranse om kundene vil presse inntjeningen over tid. Dersom den forventede avansen for et apotek øker, vil konkurransen om kundene medføre at det åpnes flere apotekutsalg og tilbudet i apotekene kan styrkes – igjen fordi det blir mer økonomiske gunstig å sikre seg fornøyde reseptkunder.

4.2 Apotekenes personalkostnader

Det er altså bruttoavansen som gir apotekene en økonomisk kapasitet til å tilby og utvikle tjenestene. Den klart viktigste innsatsfaktoren for å kunne tilby innbyggerne gode apotektjenester er arbeidskraften. Målt som andel av bruttofortjenesten har apotekenes samlede lønnskostnader ligget på om lag 60 pst. siden dereguleringen. Basert på Statens legemiddelverks regnskapsrapporter har vi sammenstilt personalkostnader og bruttoavansen fra 2003, slik den vises i figuren nedenfor.

Figur 4.4 Bruttofortjeneste og personalkostnader i faste 2021-kr. 1000 kr.



Kilde: Statens legemiddelverk

4.3 Kort oppsummert

- Bruttoavansen kan sees på som apotekenes økonomiske kapasitet til å tilby apotek tjenester. Det er denne avansen som skal dekke apotekenes kostnader ved apotekdriften, der lønn utgjør en stor andel av samlede kostnader
- Apotekenes bruttoavanse har hatt en jevn økning fra totalt 5,1 mrd. kroner i 2012 til 8,3 mrd. kroner i 2021. Det tilsvarer en økning på om lag 62 pst. I samme periode var prisstigningen (målt ved KPI) på 23,8 pst., slik at økningen er relativt stor også i reelle termer
- Den økte økonomiske kapasiteten har muliggjort nyetableringer av apotek, fra 739 til 1031. Bruttoavansen per apotek har økt fra om lag 6,9 mill. kroner i 2012 til noe over 8 mill. kroner i 2021, noe som tilsvarer en økning på om lag 16 pst. Med en generell prisstigning på 23,8 pst. i perioden gir det en reduksjon i bruttoavansen per apotek i reelle termer på om lag 8 pst.

5 Apotekenes rolle i helsetjenesten

Som forklart i kapittel 3 gjør apotekene det mulig å realisere den samfunnsøkonomiske nytten av legemiddelbasert behandling. I dette kapitlet går vi mer konkret inn på de ulike tjenesteområdene som bidrar til å realisere denne nytten. De sentrale områdene er:

- Sikre tilgang til legemidler
- Bidra til riktig bruk av legemidler
- Tilby andre helsetjenester
- Stimulere til priskonkurranse

Hvert av disse områdene beskrives nedenfor, inkludert på hvilken måte de bidrar til samfunnsøkonomisk verdiskapning. Deler av verdiskapningen inngår direkte i den samfunnsøkonomiske nytten av legemiddelforbruket, slik den er forklart ovenfor, mens andre deler av apotekenes tjenesteyting har samfunnsøkonomisk verdi utover dette.

5.1 Sikre tilgang til legemidler

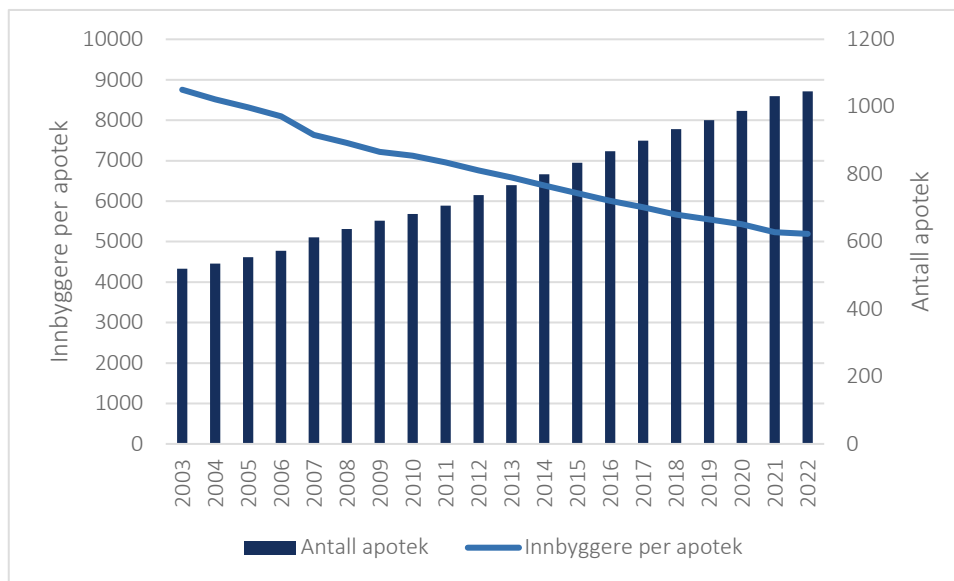
Det å gi pasientene tilgang til apotek er helt avgjørende for å realisere den samfunnsøkonomiske nytten, men apotekenes tilpasning til de økonomiske rammebetingelsene har også betydning for verdiskapning utover dette. Avstand og reisetid til apotekene har både en komforteffekt og en tidsverdi.

5.1.1 Apotekdekningen

Med apotekloven som ble innført i 2001 opphevet myndighetene de eksisterende restriksjoner på eierskap, etablering og lokalisering av apotek i landet. Frem til denne loven ble innført var det kun farmasøyter som kunne eie apotek og eierskapet var begrenset til ett eller et fåtall apotek. Videre var etablering av et nytt apotek basert på en konkret behovsvurdering i det aktuelle geografiske området hvor apoteket var tiltenkt lokalisert. Den nye apotekloven opphevet disse restriksjonene i 2001 og førte til en omfattende deregulering av apoteksektoren.

Med lovendringen i 2001, ble etablering og lokalisering av apotek i praksis en ren markedsbasert beslutning. Dersom det er kommersielt grunnlag for apotekvirksomhet i det lokale geografiske området, kan man forvente det vil bli opprettet et nytt apotek. Figuren under viser utviklingen i antall apotek og apotekdekningen i befolkningen.

Figur 5.1 Antall apotek og innbyggere per apotek, 2003-2022



Kilde: Apotekforeningen, Statistisk Sentralbyrå (tall for 2022 er per november)

Antall apotek har doblet seg i perioden fra 520 apotek i 2003 til 1046 apotek i 2022 (per november). Selv om også befolkningen i Norge har økt i denne perioden fra ca. 4,5 millioner til 5,4 millioner, er vekstraten i antall apotek vesentlig større. Antall innbyggere per apotek har i denne perioden falt fra i underkant av 8754 til 5194 som tilsvarer en forbedring av apotekdekningen på over 40 pst.

I noen deler av landet har forbedring av apotekdekningen bidratt til å redusere reisetiden som medgår for å hente ut legemidler. Redusert reisetid har i seg selv en samfunnsøkonomisk verdi, og den kommer i tillegg til den direkte samfunnsøkonomiske nytten av legemiddelforbruket. For det andre kan redusert reisetid påvirke pasientenes bruk av legemidler. Som vi kommer nærmere inn på nedenfor, vil en del pasienter bruke legemidlene feil, både fordi selve bruken (dosene) ikke stemmer med legens anvisning og fordi pasientene ikke henter ut nye pakninger og fortsetter behandlingen. Selv om vi ikke kjenner til studier av reiseavstandens betydning for pasientenes etterlevelse, er det grunn til å tro at en så kraftig styrking av apotektilbudet har en positiv effekt.

Apotekutvalget som nylig la frem sin rapport (HOD, 2023) fikk utarbeidet en analyse av utviklingen i gjennomsnittlig reisetid (Svendsen & Askar, 2022). Et viktig funn var at apotek som åpnet etter 2002 i hovedsak kom i sentrale strøk som allerede hadde flere apotek. Reisetidseffekten av disse etableringene var dermed svært begrenset.

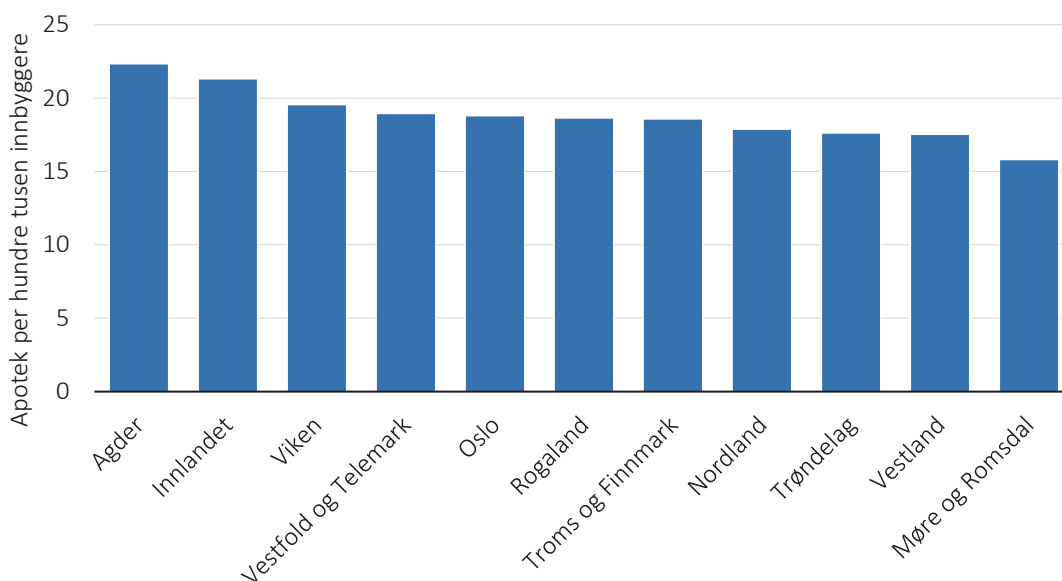
55 pst. av boenheter har mindre enn 5 minutt reisetid med bil til nærmeste apotek og 88 pst. har mindre enn 20 minutt, og de slår fast at disse tallene er rimelig like hvis man ser på reisetid til apotek åpnet før 2002 og hvis man inkluderer nyere apotek. Gjennomsnittlig reisetid med bil har ifølge undersøkelsen falt med litt over to minutter siden 2002.

Den behovsbaserte reguleringen av antall bevilninger i perioden før 2001 var åpenbart betydelig strengere enn det antall apotek som var kommersielt grunnlag for å drifte. Det at antall apotek har fortsatt å vokse, selv 20 år etter dereguleringen, må skyldes andre forhold enn overgangen fra en behovsbasert tildeling av apotek. Etablering av apotek er basert på kommersielle

vurderinger av aktørene i sektoren og avhengig av tilbuds- og etterspørselsforhold, samt myndighetenes reguleringer, som bestemmer den totale lønnsomheten i apotekdriften, noe vi kommer nærmere inn på i de neste kapitlene.

Vi finner regionale forskjeller i apotekdekningen. Agder har høyeste apotekdekning, med 22 apotek per 100.000 innbygger, mens Møre og Romsdal har lavest dekning, med 16 apotek per 100.000 innbygger. Kanskje mer overraskende er det at Troms og Finnmark har samme apotekdekning som Oslo, Rogaland og Vestfold og Telemark.

Figur 5.2. Apotek per hundre tusen innbyggere i 2021



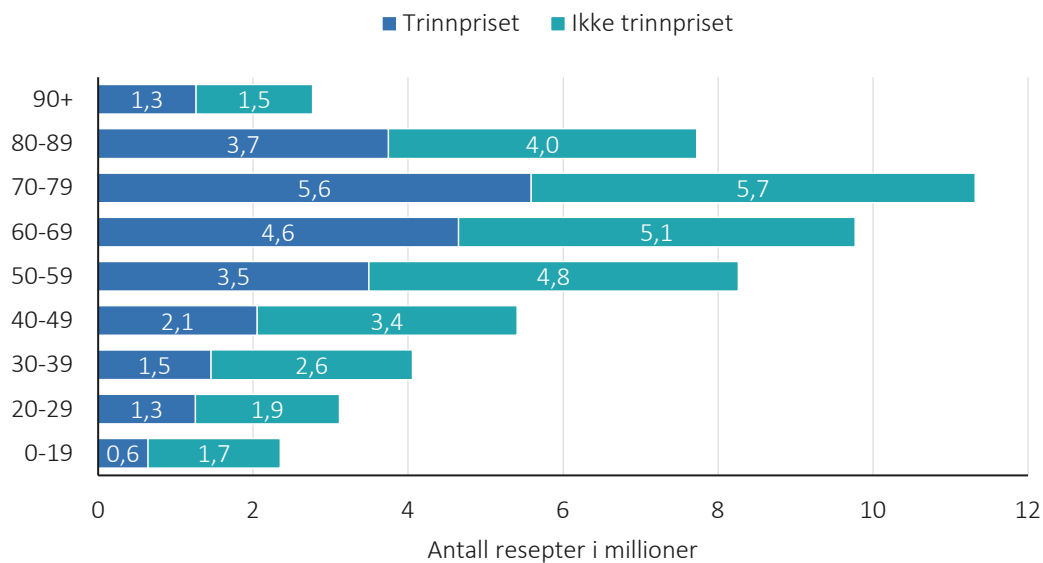
Kilde: Apotekforeningen

5.1.2 Tilgang til reseptpliktige legemidler

Tilgjengelighet er viktig siden volumet, målt med antall resepter som ekspederes er svært høyt. I 2021 besøkte 56 mill. kunder et apotek i Norge.⁴ Det tilsvarer at 186 000 kunder daglig tok turen innom et apotek. Kundebesøk defineres som antall avsluttede ekspederinger i kassen. Et kunde- besøk kan gjelde utlevering av legemidler eller andre varer etter en eller flere resepter, og/eller kjøp av reseptfrie legemidler eller handelsvarer. Apotekene ekspederte til sammen 55 mill. resepter på legemidler i 2021. Som det fremgår av figuren nedenfor tar aldersgruppen mellom 70 og 80 år ut flest resepter, med 11,3 mill. resepter.

⁴ Apotek.no

Figur 5.3 Antall resepter på legemidler solgt i 2021 fordelt på alder og trinnprising.

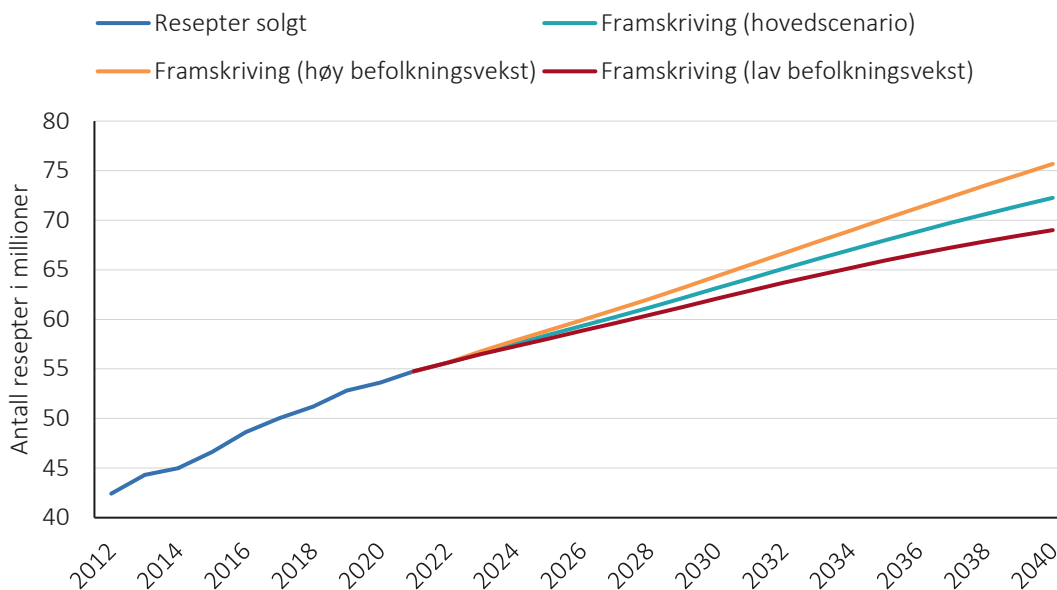


Kilde: Farmalogg og egne beregninger

Den demografiske utviklingen går i retning av en økende andel eldre i befolkningen, både på grunn av økt levealder og lavere fødselstall. Siden eldre allerede er kraftig overrepresentert i reseptvolumet, får dette store konsekvenser for apotek-tjenestene. I hovedscenariet til SSB vil antall personer over 70 år øke fra dagens nivå på 0,7 til 1,1 millioner. Hver 5. person i Norge vil være over 70 år.

Hvis vi antar at reseptvolumet per person i de ulike aldersgruppene holder seg uendret, og frem-skriver antall personer i hver aldersgruppe, vil antall resepter i Norge øke fra 55 millioner til 72 millioner i 2040.

Figur 5.4 Framskrevet etterspørsel etter resepter

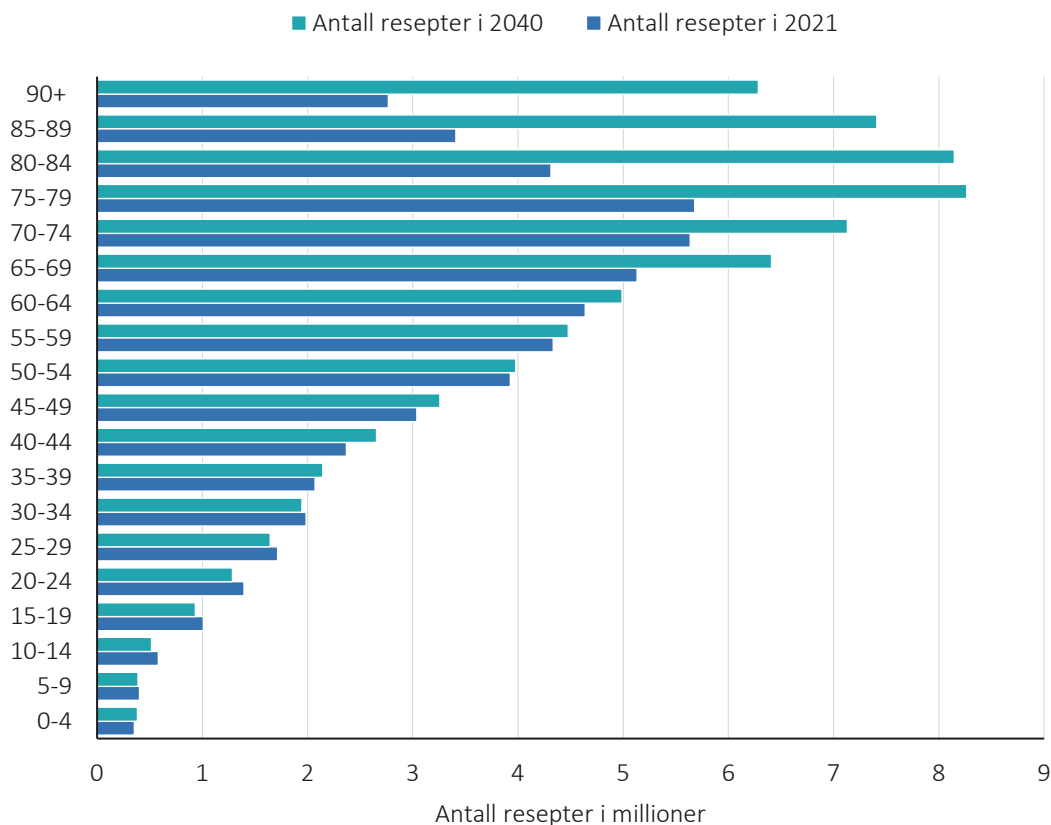


Kilde: Farmalogg, SSB og egne beregninger

I Figur 5.5 har vi splittet opp veksten antall resepter på de ulike aldersgruppene, som speiler den demografiske utviklingen. Vi ser at nesten hele økningen på 16 mill. resepter de neste 18 årene kommer i aldersgruppen 65 år eller eldre. Reseptvolumet til de over 80 år mer enn fordobles i denne perioden.

Her venter det store oppgaver, som avansereguleringen må gjøre apotekene i stand til å møte. Samlet avanse med dagens reguleringsmodell vil automatisk øke, men samtidig kommer volumveksten på et område som stille ekstra store krav til informasjon og oppfølging av medisinbruken. Med den sterke knappheten på helsepersonell i den øvrige delen av helsetjenestene, vil effektive modeller for rollefordeling mellom apotekfarmasøyter, sykepleiere og leger kunne ha svært stor samfunnsøkonomiske verdi.

Figur 5.5 Framskrevet etterspørsel etter resepter, per aldersgruppe.



Kilde: Farmalogg, SSB og egne beregninger

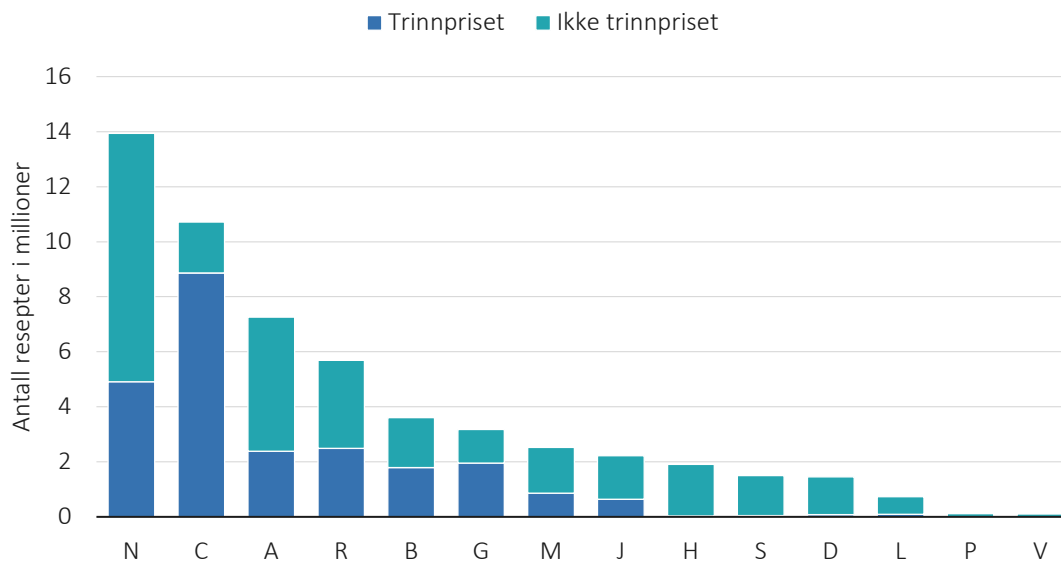
Legemidler kategoriseres etter det internasjonale klassifiseringssystemet Anatomical Therapeutic Chemical (ATC). Figur 6.6 nedenfor viser vi hvordan reseptvolumet fordeler seg på de ulike terapeutiske områdene.

Legemidler i ATC-gruppe N, som rettes mot nervesystemet, har det klart største reseptvolumet, med 14 millioner resepter i 2021. I denne gruppen inngår både smertestillende legemidler og antidepressiva. En annen stor gruppe er ATC -gruppe C, som inneholder legemidler for hjerte og kretsløp – både forbyggende og behandlende.

Disse to legemiddelgruppene skiller seg fra hverandre på en viktig måte. I gruppe C (hjerte og kretsløp) er en stor andel av legemidlene som apotekene ekspederer trinnprisede legemidler, mens majoriteten av legemidlene som utleveres i kategori N (nervesystemet) fremdeles er patentbeskyttet.

Gjennomsnittsprisen, og dermed omsetningsvolumet i gruppe C vil derfor være mye lavere enn i gruppe N, men det betyr ikke at den samfunnsøkonomiske nytten av legemidlene i ATC C-gruppen av den grunn er lavere. Når mange av legemidlene har generisk konkurranse, øker det samfunnsøkonomiske overskuddet siden vi betaler mindre. Det blir rett og slett større avstand mellom samfunnsøkonomisk nytte og de observerbare omsetningstallene.

Figur 5.6 Antall resepter solgt i 2021 fordelt på indikasjonsområde (ATC 1) og trinnprising.



5.2 Bidra til riktig bruk av legemidler

Internasjonale studier viser at 1 av 30 pasienter har negative effekter av sitt legemiddelbruk som kunne vært unngått, og i om lag 25 pst. av disse tilfellene er skadene livstruende (Hodkinson, 2020). I denne store metastudien er legemiddelbruken den hyppigst forekommende årsaken til pasientskader. Helsedirektoratets undersøkelser av pasientskader ved norske sykehus viser at det er situasjonen også i Norge. I om lag 2 pst. av sykehusoppholdene oppstår det en legemiddelrelatert pasientskade (Helsedirektoratet, 2022). En vanlig årsak til legemiddelrelaterte skader er feil ved innleggelse og utskrivning av pasienter. Bedre samhandling mellom leger, pasienter og farmasøyter er avgjørende for å redusere omfanget av slike skader.

Apotekene har her viktige oppgaver knyttet til å veilede pasienter i riktig bruk av legemidlene og oppdage feil i reseptene. Et ofte stilt spørsmål i apotekene er «hva sa legen om hvordan du skal bruke dette legemiddelet?». Det er mange pasienter som ikke får med seg informasjonen som legen har gitt. Ofte vi legen ha begrenset med tid under konsultasjonen, og pasientene kan ha problemer med å konsentrere seg om budskapet. Selv om legen kan ha gitt riktige opplysninger, vil ikke pasientene nødvendigvis ha fått dette med seg, eller de kan rett og slett ha glemt det innen de skal ta ut medisinen og starte behandlingen.

Behovet for oppfølging og informasjon i apoteket ved reseptutlevering er derfor ikke bare knyttet til potensielle feil hos legen. Like viktig er det at apotekene hjelper pasientene med å hente frem informasjon som legen allerede kan ha gitt, og sette dem i stand til å bruke det aktuelle legemidlet riktig.

Utviklingen av nye og mer avanserte legemidler har ført til at leger i spesialisthelsetjenesten oftere treffer behandlingsbeslutninger for pasienter som ikke er innlagt på sykehusene. Som vist i områdegjennomgangen til Vista Analyse og EY, har dette gitt store endringer i finansieringsansvaret (Dalen, Holden, Lian, Rasmussen, & Skulestad, 2021). En stadig større andel av kostbare

legemidler som pasientene får utlevert på sitt lokale apotek, skjer etter henvising fra sykehusleger.

En slik utvikling redusere forskjellen mellom sykehusapotek og ordinære apotek. Mange av pasienter som behandles innenfor spesialisthelsetjenesten kan bruke sitt lokale apotek. Den medisinske utviklingen vil trolig øke omfanget av legemiddelrelatert poliklinisk behandling i spesialisthelsetjenesten, og dermed øke verdien av apotekenes pasientkontakt og -oppfølging.

En masterstudent i farmasi ved Universitetet i Oslo intervjuet 15 apotekfarmasøyter i januar og februar 2020 (Sundby, 2020). Samtlige informanter var innom temaet kommunikasjon i form av å snakke med kunder under reseptekspedisjonen, ringe en lege for å løse et problem eller å oppklare en innviklet situasjon med opphav i det øvrige helsevesen. Forskrivningsfeil var en viktig grunn for intervensjon. Slike feil fordelte seg på feil preparat, styrke, dosering, pakningsstørrelse, formulering, interaksjoner, identifikasjon og refusjon.

Dette er et tjenesteområde med potensielt stor samfunnsøkonomisk nytte. Det kan dels ses på som aktiviteter som bidrar til å realisere den forventede behandlingseffekten av legemiddelbruken, slik vi omtalte den i kapittel 4 ovenfor. Det gir imidlertid en tilleggevinst ved å redusere faren for alvorlige bivirkninger, som både gir helsetap og øker kostnadene i andre deler av helsetjenesten.

En omfattende studie av oppfølging av pasienter som bruker det blodfortynnende legemidlet Warfarin viser hvordan apotekene utvikle sine tjenester på dette området (Daniels, 2018). Warfarin er et legemiddel som kan gi svært alvorlige bivirkninger dersom pasientene ikke følges tett opp, og er en av grunnene til at bruken av legemidlet i dag har blitt kraftig redusert, til tross for en svært lav pris sammenlignet med de nye DOAK-legemidlene. Se (Dalen, Holden, Lian, Rasmussen, & Skulestad, 2021). I studien ble pasientene fulgt opp av farmasøyter som skulle følge med på negative interaksjoner med andre medisiner og endringer i pasientenes tilstand, for deretter ved behov å administrere doseringene i tråd med en behandlingsprotokoll. Protokollen viste hvordan Warfarindosene skulle tilpasses ulike risikofaktorer. Den farmasøytstyre oppfølgingen av pasientene viste seg å bedre kontrollen av pasientene og reduserte risikoen for alvorlige bivirkninger.

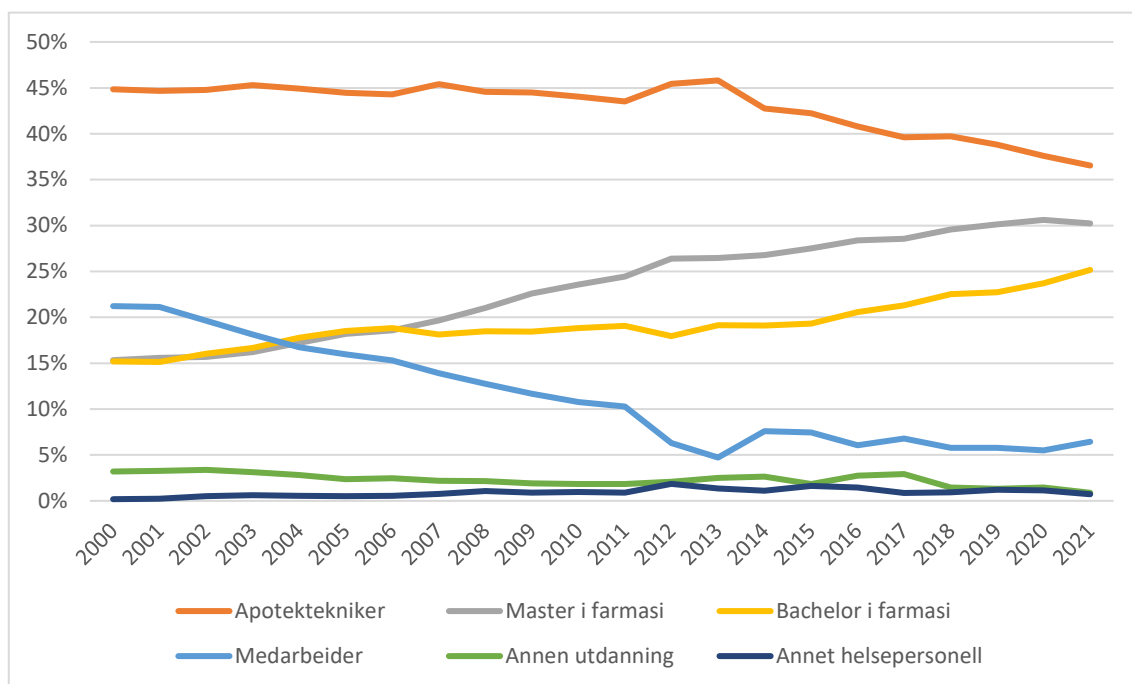
Den samfunnsøkonomiske nytten av dette understøttes av forskning på omfanget av legemiddelrelaterte alvorlige effekter av feilmedisinering. I en studie ved Diakonhjemmet sykehus fikk et utvalg på over 400 pasienter som oppsøkte legevakten i perioden april 2017 til mai 2018 en gjennomgang av medisinbruken (Nymoen, et al., 2022). Om lag 20 pst. av disse pasientene viste seg å ha en legemiddelrelatert årsak til legevaktbesøket. Av disse ble 72 pst. kategorisert med negative bivirkninger som årsak, mens feil bruk av legemidlene sto for 16 pst. av de legemiddelrelaterte årsakene til legevaktbesøkene. Hvordan slike situasjoner skal unngås ble ikke undersøkt i denne studien, men forfatterne viser til tidligere studier som viser at mellom 57 og 70 pst. av slike tilfeller kunne vært unngått, bl.a. med bedre oppfølging av etterlevelse av legens forskrivning og justering av dosering.

Siden knappe ressurser både i spesialisthelsetjenestene og hos fastlegene, vil utvikling av apotekenes ansvar for oppfølging den legemiddelrelaterte behandling kunne ha stor samfunnsøkonomisk nytte. Den teknologiske utviklingen kan legge til rette for dette, med nye samarbeidsmodeller (apotek-lege-sykehus) som både sikrer effektiv bruk av knappe ressurser og reduserer samfunnets kostnader med feil bruk av legemidler.

Videreutvikling av rollen for apotekene forutsetter at disse har tilstrekkelig faglige farmasøytiske kompetanse til å møte den økte etterspørselen som følger med en aldrende befolkning.

Figuren nedenfor viser utviklingen i sammensetningen av årsverkene i apotekene. Da apotekene ble deregulert i 2001, utgjorde farmasøytene om lag 30 pst. av de totale årsverkene, med lik fordeling mellom de med 3-årig utdanning og de med 5-årig master i farmasi. Andelen med 5-årig farmasiutdanning har siden økt jevnt opp til 30 pst. De siste fem årene ser vi også en kraftig vekst i andelen med bachelor i farmasi, som nå utgjør 25 pst. av årsverkene i apotekene. Andelen apotekmedarbeidere uten farmasiutdanning falt kraftig i årene etter dereguleringen, fra over 20 pst. til 5 pst. i 2013. Siden har denne andelen ligget stabilt mellom 5 og 10 pst.

Figur 5.7 **Sammensetning av årsverk i apotekene**



Kilde: Apotekforeningen

Selv om vi ser en økning i bruttoavansen for salg av handelsvarer, har altså ikke det ført til at apotekene erstattet farmasikompetansen med medarbeidere med ren salgs- og kundebehandlingskompetanse. Tvert imot ser vi en markant faglig kvalitetsforbedring i apotekene gjennom hele perioden med kraftig vekst i apotekdekningen.

Tekstboks 5.1 Regneeksempel: Riktig legemiddelbruk – og apotekenes bidrag

Behandling med legemidler er en vesentlig del av helsetjenestens tilbud til pasienter når sykdom og skader skal forebygges og behandles. Legemiddelmeldingen (HOD, Legemiddelmeldingen. Meld. St. 28 (2014-2015)) peker på at legemidler er den vanligste medisinske behandlingsformen i den industrialiserte delen av verden, og at 60 prosent av konsultasjonene i norsk allmennpraksis resulterer i forskrivning av legemidler.

Legemidler er dermed en avgjørende del av pasientbehandling og norsk helsevesen. Som vist foran er det også risikofaktorer knyttet legemiddelbruk (Nymoen, et al., 2022).

I Stortingsmeldingen "God kvalitet – trygge tjenester" fra 2012 ble det påpekt at feil bruk av legemidler er en av de vanligste årsakene til pasientskader. I meldingen konkluderte man med at 12 prosent av alle pasientskader skyldtes feil legemiddelbruk. I Helsedirektoratets rapport, *Pasientskader i Norge 2020*, fremgår det at legemiddelrelatert skade var den hyppigst forekommende typen pasientskade ved sykehusopphold i Norge i 202 ((Helsedirektoratet, Pasientskader i Norge 2020, 2021) med en andel på 1,9 prosent av alle sykehusopphold. Statens legemiddelverk har uttalt at 5-10 prosent av sykehusinnleggelses skyldes legemiddelfeil, og at 50 prosent av legemiddelfeil kan forhindres. En britisk studie har funnet at 76 prosent av feil, svikt, mangler og skader kan forhindres ved ulike tiltak.

Hva er apotekenes rolle i dette bildet? Som vist i rapporten gir apotekene råd og veiledning om riktig legemiddelbruk og de sikrer forsvarlig utlevering. Apotekene fanger også opp feil fra rekvirent og sikrer at pasienten får riktig medisin. I en kartleggingsstudie gjennomført av Apotekforeningen (Apotekforeningen og Apokus, 2016) ble det rapportert en eller flere hendelser i 16,5 pst. av ekspedisjonene. I 3,4 pst. av ekspedisjonene inneholdt resepten feil eller mangler. Apotekansatte intervenerte oftest gjennom å snakke med kunden eller en pårørende. De vanligste årsakene til at de apotekansatte kontaktet legen var at det ikke fantes gyldig resept, at det var feil eller mangler ved resepten eller for å håndtere en kontraindikasjon. Det ble gitt informasjon/veiledning i 60 pst. av ekspedisjonene. Dialog med kunden og/eller egen faglig vurdering var det vanligste grunnlaget for rådgivningen. Det ble oftest gitt informasjon om riktig bruk av varen/legemiddelet.

I tillegg til reseptbelagte legemidler, gir apotekene råd ved bruk av reseptfrie legemidler. Det er tidligere estimert at over 92 pst. av alle forbrukere bruker minst ett reseptfritt legemiddel i løpet av et år. Større grad av egenomsorg er identifisert som viktig for å gi den enkelte bedre helse og livskvalitet, og også pekt på som en forutsetning for en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste.

Vi har ikke grunnlag for å kunne beregne hvor mange alvorlige legemiddelfeil apotekene bidrar til gjennom ulike intervensjoner som følge av hendelser og veiledninger i forbindelse med utleveringer. Som et regneksempel har vi tatt utgangspunkt i et svært forsiktig estimat der 5 pst. av sykehusinnleggelsen skyldes feil legemiddelbruk. Av disse innleggelsene antar vi at apotekene kan påvirke 10 pst. gjennom å veiledning og kontroll. Uten apotekenes innsats ville antall innleggelses ved somatiske sykehus med disse forutsetningene vært 0,5 pst. høyere enn i dag. Med en gjennomsnittspris på 17 000 kroner per sykehusdøgn og 4 dagers liggetid, tilsvarer dette en årlig besparelse på 263 mill. kroner. Et mer realistisk anslag basert på kartleggingen av antall hendelser som gir en eller annen intervensjon, er en reduksjon i antall innleggelses ved somatiske sykehus på 2,5 pst. Dette gir besparelser i spesialisthelsetjenesten på 1,3 mrd. kroner.

Hvis vi for begge alternativene (hhv. 0,5 og 2,5 pst.) regner verdien av helserelatert livskvalitet, og antar at av de som unngår sykehusinnleggelse som følge av apotekenes intervensjon ville fordelt seg med 1.pst med meget alvorlig skade, 49 pst. med alvorlig skade og 50 pst. med lettere skade, får vi en QALY på hhv. 3,3 mrd. kroner og 16 mrd. kroner. Dette kommer i tillegg til de direkte besparelsen illustrert ovenfor.

5.3 Andre helsetjenester

Tabellen nedenfor viser den økonomiske utviklingen i betalte tjenester i apotekene, utover selve ekspedering av resepter og salg av reseptfrie legemidler og handelsvarer.

Tabell 5.1 Bruk av helsetjenester i apotekene. Omsetning i mill. kroner, ekskl. mva.

År	Inhalasjonsveiledning	LAR	Medisinstart
2016	2,70	-	-
2017	2,76	23,57	-
2018	3,57	40,12	0,91
2019	4,64	43,79	1,90
2020	3,79	38,84	2,64
2021	4,62	36,51	3,90

Kilde: Farmalogg

Legemiddelasistert rehabilitering (LAR) er en tverrfaglig spesialisert rusbehandling i spesialisthelsetjenesten. pasientene henvist til LAR fra fastlege, psykolog, helse- og sosialtjenesten i kommunen eller fra andre deler av spesialisthelsetjenesten. Apotekenes ansvar for LAR-pasienter er knyttet til:

- Registrering og istandgjøring av legemiddel
- Utlevering med og uten overvåket tilsyn
- Oppfølging av utleveringsordning og journalføring (administrasjon)

Apotekene har inngått en avtale med de regionale helseforetakene, som også regulerer finansieringen av apotekenes oppgaver.

Siden helseforetakene økende finansieringsansvar for legemidler får disse et større behov for apotekenes tjenester. Et eksempel på det er bytte av legemidler (generika og biotilsvarende) i apotek. Helseforetakenes anbudsordning er basert på at pasientene skal bruke det foretrukne legemidlet, fra leverandøren som er anbudsvinner. På samme måte som trinnprisordningen, krever dette både administrative systemer, informasjon og veiledning i apotekene. Dette er nå tjenester som helseforetakene betaler apotekene for å utføre. Når slike avtaler inngås, er det nærliggende å tenke seg at helseforetakene har egeninteresse av å finne frem til kostnadseffektive oppgavefordeling knyttet til oppfølging av medisinbruken til pasienter innenfor spesialisthelsetjenesten.

Medisinstart er en offentlig finansiert veiledningstjenesten som startet opp i mai 2018. Antall samtaler har økte med 32 pst. fra 2020 til 2021.⁵ Siden oppstart i 2018 har apotek gjennomført i underkant av 70.000 Medisinstart-samtaler om hjerte- og karlegemidler. De fleste samtalene handler om legemidlene Atorvastatin, Amlodipin, Candesartan eller Metoprolol, og gjennomsnittsalderen er 65 år. I om lag 5 pst. av samtalene opplyser pasientene at de ikke har startet med behandlingen eller har valgt å slutte selv.

Medisinstart består av to samtaler med en farmasøyt. Hver samtale tar inntil 15 minutter, der pasient og farmasøyt snakker uforstyrret om:

- gode medisinvaner
- kunnskap om og forståelse for behandlingen
- praktiske problemer og vanskelige situasjoner

⁵ <https://www.apotek.no/nyhetsarkiv/statistikk/70-000-medisinstart-samtaler-om-hjertemedisin-i-apotek>

Medisinstart skal understøtte legemiddelbehandlingen lege og pasient er blitt enige om. Målet er at pasienten skal få svar på sine spørsmål og veiledning i bruk av medisinen, slik at de får best mulig utbytte av behandlingen sin.

Så lenge legene har selve behandlingsansvaret, inkludert foreskriving av legemiddelbehandling, er det ingen fare for at økonomiske insentiver i apotekene skal gi unødvendig legemiddelbruk. Den frykten er berettiget først når foreskriver også får inntekter fra medisinsalg. En slik kobling setter loververket en stopper for.

5.4 Stimulere til priskonkurransen

Som forklart i ovenfor er generisk bytte en viktig regulatorisk ordning for å få prisnedgang etter patentutløp. Generisk konkurranse er helt avhengig av at pasientene aksepterer og forstår bytte til pakninger fra andre leverandører. Et eventuelt byttet skjer i apotekene, og er ikke er noe legene kan vite om når resepten skrives ut. Hvorvidt et generikabytte vil skje, avhenger av hvilket apotek pasienten oppsøker og leverandøravtalene til apoteket på det tidspunktet. Farmasøytene i apotekene er av den grunn de nærmeste til å trygge pasientene i dette valget.

Dersom apotekene lykkes i å informere og trygge pasientene når det foretas bytte, øker samfunnets nytte av to grunner. For det første reduseres risikoen for at pasientenes etterlevelse av forskrevet behandling blir svakere, med det gir ved øke behandlingseffekten og unngå negative bivirkninger. For det andre vil apotekenes forhandlingsmakt mot leverandørene øke. Med stor aksept for generiske bytte hos pasientene, vil apotekene kunne sikre seg store volum til den leverandøren som tilbyr lavest pris. Prisnedgangen som følger av denne konkurransen, kommer samfunnet til gode gjennom lavere skattefinansierte utgifter.

Trinnprismodellen gir apotekene en økonomisk belønning for å lykkes med generisk substitusjon, men som prisutviklingen viser, tilfaller likevel en stor andel av besparelsen samfunnet som helhet. Prisindeksen nedenfor underbygger dette.

5.4.1 Historisk prisutvikling

I forbindelse med områdegjennomgangen av blåreseptordningen utviklet Vista Analyse en indeks for dekomponering av utgiftsutviklingen på legemiddelområdet. Det ble opprinnelig avgrenset til legemidler som ligger inne i blåreseptordningen. Vi har her oppdatert denne for legemiddelområdet generelt.

For å skille ut ulike kostnadsdrivere tar vi utgangspunkt i følgende seks kostnadsnivåer – hvorav det første er faktisk omsetningsverdi i 2010 (K2010) og den siste er faktisk omsetningsverdi i 2022 (K2022). Hva har skjedd på veien fra 2010-nivået til 2022-nivået? Det finner vi ved å gå en omvei via følgende fire "hypotetiske" kostnadsnivåer, K1 til K4:

- K2010 – Faktisk omsetningsverdi for legemidler som omsatt i 2010.⁶

⁶ Med «eldre» menes her legemidler som var i markedet i 2010, i motsetning til «nye» legemidler som vi definerer som legemidler som første gang ble omsatt etter 2010.

- K1 – Hva ville legemidlene som ble omsatt i 2010 kostet i 2022-priser⁷ dersom vi holdt forbruket (DDD) på 2010-nivå?
- K2 – Hva ville legemidlene som ble omsatt i 2010 kostet i 2022-priser dersom det totale forbruket av disse ble skalert opp til 2022-nivå, men med samme forbruksmønsteret (relativ bruk av ulike legemidler) som i 2010?
- K3 – Hva kostet legemidlene som ble omsatt i 2010 i 2022 (med både 2019-priser og -forbruksmønster)? Altså kun omsetningen i 2019 av «eldre» legemidler.
- K4 – Hva ville samlet kostnad vært i 2022 dersom prisen på de nye legemidlene som har kommet inn etter 2010 hadde samme gjennomsnittspris som legemidlene fra 2010?⁸
- K2022 – Faktisk omsetningsverdi for legemidler som ble omsatt i 2022.

Kostnadsforholdet er forholdet mellom samlet omsetningsverdi av legemidler i 2022 i forhold til 2010:

$$\frac{K2022}{K2010}$$

Dette forholdstallet kan vi nå videreutvikle slik at vi får fanget opp de ulike driverne bak dette kostnadsforholdet:

$$\frac{K2022}{K2010} = \frac{\overbrace{K1}^{\text{Priseffekt eldre legemidler}}}{K2010} \cdot \frac{K2}{\underbrace{K1}_{\text{Forbruk eldre legemidler}}} \cdot \frac{\overbrace{K3}^{\text{Forbruksprofil eldre legemidler}}}{K2} \cdot \frac{K4}{\underbrace{K3}_{\text{Forbruk nye legemidler}}} \cdot \frac{\overbrace{K2022}^{\text{Priseffekt nye legemidler}}}{K4}$$

Vi kommer altså fra det faktiske omsetningsnivået i 2010 (K2010) til det faktiske nivået i 2022 (K2022) ved å gå veien om de ulike pris- og volumendringene (både aggregert volum og sammensetning av dette).

Uttrykket til høyre i likningen ovenfor vil alltid stemme, i og med at nevneren i første brøk på høyre side er lik nevneren på venstre side av likningen og telleren i siste brøk på høyreside er lik telleren på venstre side av likningen. Sann sett vil vi oppnå en dekomponering av kostnadsforholdet: samlet omsetningsverdi i 2022 i forhold til 2010. Det betyr dermed ikke at veksten i dette kostnadsforholdet ($\frac{K2022}{K2010} - 1$) blir perfekt dekomponert, dvs. at denne vekstraten kan avvike fra summen av vekstratene for de fem kostnadsforholdene på høyreside av likningen. På aggregert nivå finner vi imidlertid at summen av vekstratene for de fem kostnadsforholdene stemmer ganske godt med vekstraten for kostnadsveksten fra 2010 til 2022.

5.4.2 Utviklingen for reseptpliktige legemidler

I tabellen nedenfor viser vi de ulike forholdstallene som kan forklare kostnadsdriverne fra 2010 til 2022 for reseptpliktige legemidler.

⁷ Pris er definert som snittpris per virkestoff per år, beregnet ved å dele kroneomsetning på antall døgndoser.

⁸ Her er gjennomsnittspris i 2010 beregnet ved å dele kroneomsetning på antall døgndoser per område (ATC2).

Tabell 5.2 Dekomponering av utvikling i kostnadsnivået for reseptpliktige legemidler⁹

Beskrivelse	Beregnet %-bidrag
	2010–22
Priseffekt - eldre legemidler	-15,1
Forbruksvekst - eldre legemidler	26
Forbruksprofil - eldre legemidler	12,1
Forbruksvekst - nye legemidler	16,9
Priseffekt - nye legemidler	34,7
Sum vekstfaktorer	74,7
Total omsetningsvekst	88,4

Kilde: Vista Analyse, basert på rådata fra Farmalogg

Samlet omsetningsverdi for reseptpliktige legemidler i 2022 ligger 88,4 pst. over omsetningen i 2010. I gjennomsnitt for alle reseptpliktige legemidler har det vært en betydelig prisnedgang på eldre legemidler. Dersom “2010-kurven” av disse legemidlene ble kjøpt til 2022-priser, ville den totale kostnaden vært 15 pst. lavere enn det den faktisk var. Det viser at de andre vekstfaktorene må ha vært desto sterkere:

- Samlet bruk av eldre legemidler (målt med DDD) i 2022 ligger 26 pst. over 2010-nivået.
- I tillegg vrir bruken av eldre legemidler seg mot mer kostbare virkestoffer, og isolert bidrar det med en vekstfaktor på 17 pst. i denne perioden, vurdert i forhold til hva kostnadene ville ha vært med uendret forbruksprofil.
- Bruken av nye legemidler bidrar i seg selv til at samlede kostnader for blåreseptlegemidler i 2022 17 pst. over samlede kostnader for eldre legemidler.

Prisnedgangen som muliggjøres av generisk konkurranse og trinnmodellen gir et direkte bidrag til det samfunnsøkonomiske overskuddet av legemiddelforbruket i Norge. Behandlingseffekten vedvarer, men prisene faller. Siden mange av de eldre legemidlene som nyter godt av prisnedgangen fortsatt brukes, gir det en realisert gevinst. Pasienter som eventuelt går over til nyere behandling selv om prisene her er høyere, tilsier dessuten at det gir en gevinst som overstiger den økte nettoytten av eldre legemidler.

For å illustrere i hvilken størrelsesorden økningen i samfunnsøkonomisk overskudd ligger, har vi beregnet hva dagens trinnprisede legemidler ville ha kostet samfunnet dersom de hadde blitt solgt til den maksimalprisene. Trinnprisede legemidler omsatte i 2021 for 4,2 mrd. kroner (inkl. mva). Hvis dette volumet isteden hadde blitt solgt til maksimalprisene, ville beløpet steget til 7,7.

⁹ Ekskludert virkestoff overført til de regionale helseforetakene per april 2020 og legemidler uten definerte døgndoser (DDD). Merk at kostnadsveksten i refusjonsutgiftene når overførte virkestoff inkluderes, er lavere for perioden 2010-19, og særlig de siste årene da disse legemidlene i hovedsak ble overført fra blå- til H-resept.

Selv om vi ikke vet hva volumet ville ha vært dersom maksimalprisene hadde blitt videreført, indikerer dette at trinnprisingen øker det samfunnsøkonomiske overskuddet av legemiddelforbruket med om lag 3 mrd. kroner.

5.5 Kort oppsummert

- Antall apotek har doblet seg i perioden fra 520 apotek i 2003 til 1046 apotek i 2022 (per november). Antall innbyggere per apotek har i denne perioden falt fra i underkant av 8754 til 5194 som tilsvarer en forbedring av apotekdekningen på over 40 pst. Denne veksten har også kommet mer regionale områder til gode, slik at apotekdekningen er forbedret for store deler av landets befolkning.
- Apotekene ekspederte til sammen 55 mill. resepter på legemidler i 2021. Aldersgruppen mellom 70 og 80 år tar ut flest resepter på legemidler, med 11,3 mill. resepter.
- Hvis vi antar at reseptvolumet per person i de ulike aldersgruppene holder seg uendret, men fremskriver antall personer i hver aldersgruppe i tråd med SSBs forutsetninger, vil antall resepter på legemidler øke fra 55 millioner til 72 millioner i 2040.
- Nesten hele økningen på 17 mill. legemiddelresepter de neste 18 årene kommer i aldersgruppen 65 år eller eldre. Reseptvolumet til de over 80 år mer enn fordobles i denne perioden.
- Samtidig med den kraftige økningen i antall apotek, har apotekene i stor grad økt den faglige kvaliteten i tjenestene. Mens farmasøytene samlet sto for om lag 30 pst. årsverkene ved de-regulering i 2001, har andelen nå kommet opp i 55 pst.
- Så lenge legene har behandlingsansvaret, inkludert foreskriving av legemiddelbehandling, er det ingen fare for at økonomiske insentiver i apotekene skal gi unødvendig legemiddelbruk. Tvert imot, økonomiske insentiver trekker mer i retning av riktig legemiddelbruk.
- Trinnprisordningen bidro alene til en økning i det samfunnsøkonomiske overskuddet av legemiddelforbruket med på om lag 3 mrd. kroner i 2021.

6 Avansemodellen og økonomiske insentiver

Avansemodellen er avgjørende for apotekenes evne til å realisere samfunnsnyttene av legemiddelforbruket. Den er viktig på minst to måter: 1) apotekdekning og 2) insentiver som enten stimulerer eller bremser ulike aktiviteter i apotekene. Med dette kapitlet ser vi nærmere på disse mekanismene, og diskutere mulige justeringer av modellen for å styrke den samfunnsøkonomiske verdiskapningen i apotekene.

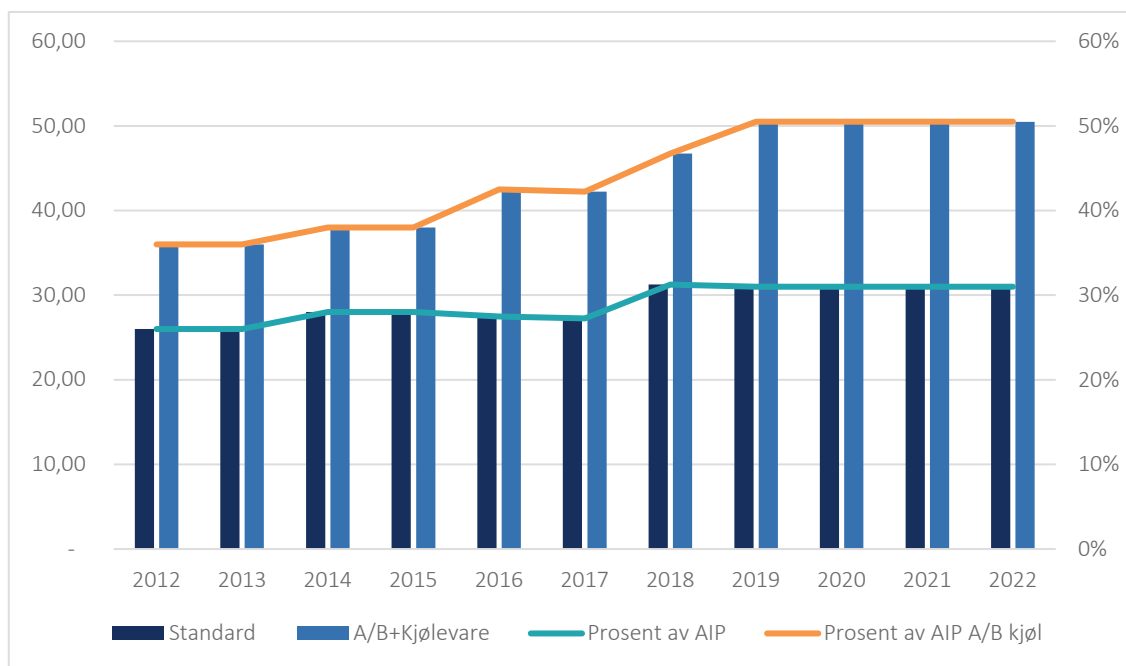
6.1 Den regulerte avansen

Maksimalavansen består av et kronetillegg (fast beløp) og et prosenttillegg på maksimal AIP (variabelt beløp).¹⁰ Frem til 2018 var prosenttillegget diskontinuerlig, med en høyere sats (7 %) for legemidler med en maksimal AIP under kr 200 og en lavere sats (3% fra 2014) for pakninger med en maksimal AIP over kr 200. Modellen ble endret fra 2018 hvor det ble en uniform proSENTSATS (først 2,25% og deretter 2% fra 2019) uavhengig av legemidlets maksimale AIP. Denne endringen i avansemodellen ble kombinert med en signifikant økning i kronetillegget fra kr 25 til 29, samt at tillegget for A/B-legemidler også ble økt fra kr 15 til 19. Kjølevarer fikk også en stor økning i 2016.

Hvordan slår så disse endringene i både avansemodell og faste og variable satser ut for maksimalavansen apotekene kan påregne? På den ene siden økes det faste tillegget. Denne endringen er uavhengig av legemidlets maksimal AIP, men betyr relativt sett mer for billigere pakninger enn for dyre pakninger. På den andre siden kuttet det prosentvise påslaget, særlig for de dyrere legemidlene med en maksimal AIP over kr 200, hvor det er en reduksjon på til sammen 5 prosentpoeng i perioden. Dette tilsier relativt mer i kroner og øre for de dyrere pakningene enn de rimelige pakningene. Som de to figurene nedenfor illustrerer, har endringen i avansemodellen kvalitativt sett ulik virkning på dyre og rimelige legemidler (over og under maks AIP på kr 200).

¹⁰ Se vedlegg 1 for utviklingen i avansesatsene.

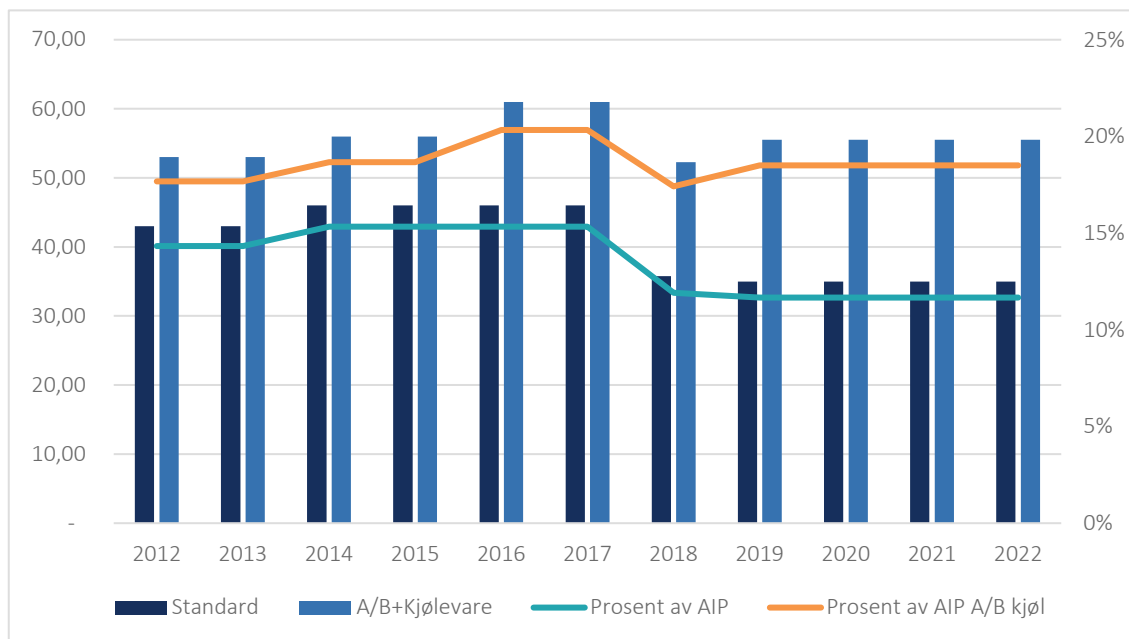
Figur 6.1 Utvikling i maksimalavanse for legemiddel med maks AIP = kr 100



Kilde: Farmalogg og egne beregninger.

Figuren viser avanseutviklingen for et legemiddel med en maksimal AIP på kr 100. Søylene viser at et standard legemiddel øker sin avanse fra kr 26 i 2012 til kr 31 i 2022 som tilsvarer en økning på 4 prosentpoeng i nominelle termer. I perioden 2012 til 2021 er prisstigningen imidlertid på 23,6 pst., så om ikke maksimal AIP inflasjonsjusteres medfører avansemodellen en betydelig nedgang i apotekenes maksimalavanse i reelle termer.

Figur 6.2 Maksimalavanse for legemiddel med maks AIP = kr 300

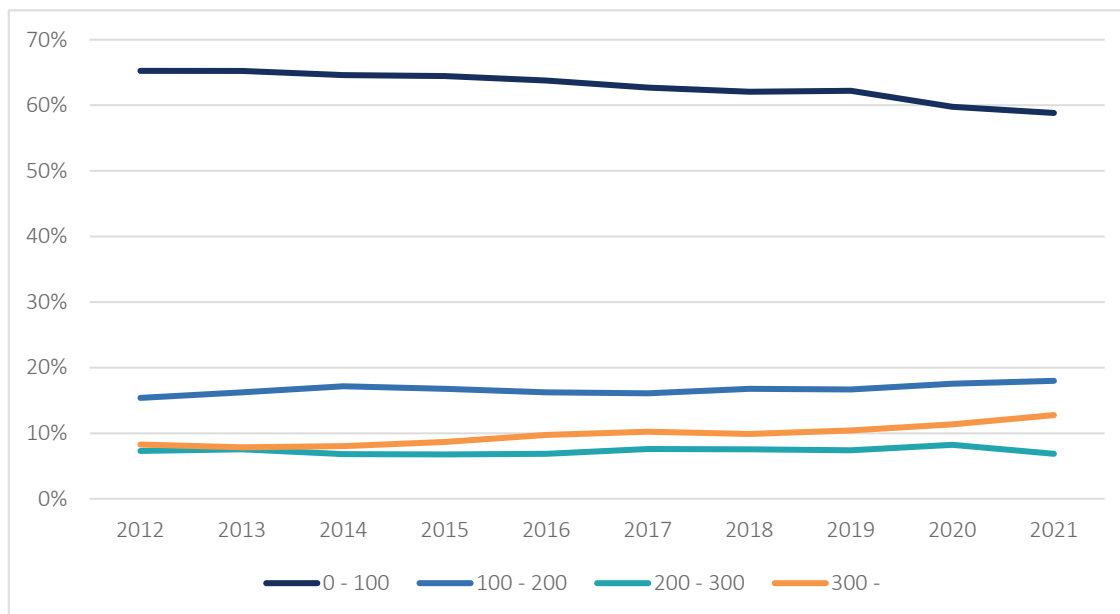


Kilde: Farmalogg og egne beregninger.

Figuren over viser utviklingen i avanse for legemiddel med maksimal AIP lik kr 300. Her ser vi at avansemodellen har en kvalitativt ulik utvikling for maksimalavansen enn i figur 6.1 (for legemiddel med maksimal AIP til kr 100), både i absolutt og relativ forstand. Mens legemidler under kr 200 får en økning i maksimalavansen (det gjelder generelt og ikke bare for eksemplet med kr 100), er det motsatt for legemidler med en maksimal AIP over kr 200. Her medfører endringen en nedgang. Årsaken er det store kuttet i det prosentvise tillegget fra 7 pst. til 2 pst. For et legemiddel med en maksimal AIP på kr 200 utgjør denne reduksjonen i det prosentvise tillegget hele kr 10 som ikke motsvares av økningen på kr 4 i kronetillegget. Denne differansen er nødvendigvis større jo høyere AIP legemidlet har. Om man i tillegg tar hensyn til prisstigningen i perioden, medfører endringen i avansemodellen og justeringen av satsene en betydelig reduksjon i apotekenes maksimalavanse, særlig ved overgang til ny modell fra 2018 for legemidlene med en AIP over kr 200.

Hvordan fordeler så apotekenes salg av legemidler seg etter AIP? Figuren under viser utviklingen i andelen av totalt antall pakker som selges etter prisintervaller.

Figur 6.3 Andel av totalt antall pakker, etter AIP.



Kilde: Farmalogg og egne beregninger.

Vi ser at om lag 60 pst. av pakningen hadde en AIP under kr 100 i 2021 (en reduksjon fra rundt 65 pst. i 2012). Videre er andelen pakninger med en AIP i intervallet kr 100-200 på 18 pst. i 2021 (opp fra 15 pst. i 2012). Det betyr at nær 8 av 10 pakker som ble omsatt i apotekene hadde en AIP under 200 kr og kun 2 av 10 pakker hadde en AIP over kr 200. Det indikerer at figuren med legemiddel med AIP til kr 100 er representativ for rundt 80 pst. av salget til apotekene, men den gjennomsnittlige utviklingen i maksimalavansen vil også avhenge av hvor dyre de dyre pakningene er. Likevel er det slik at avansemodellen medfører en betydelig reduksjon i apotekenes maksimalavanse gitt den generelle prisstigningen (som er 23,6 pst. i perioden), og så lenge denne ikke reflekteres i maksimalprisreguleringen (fastsettelsen av maksimal AIP) betyr dette en realnedgang i apotekavansen over tid.

6.2 Styrker og svakheter ved avansemodellen

En samfunnsøkonomisk evaluering av avansemodellen må avdekke hvordan de økonomiske insentivene påvirker verdiskapningsområdene som vi har redegjort for i denne rapporten. Regulering av avansen påvirker apotekdekningen og dermed tilgjengelighet og tidsbruk for pasientene, den påvirker apotekenes informasjons- og veiledningsinnsats, insentivene til å utvikle andre helserelaterte tjenester, og dessuten apotekenes og grossistenes prisforhandlingsstyrke vis-a-vis legemiddelprodusentene.

Her avrunder vi rapporten med noen overordnede vurderinger av dagens modell og om det kan være hensiktsmessig å foreta endringer.

Apotekene konkurrerer om å tiltrekke seg kunder. Flere kunder gir økt samlet avanse for apoteket, uten at denne spises opp av økte driftskostnader (lønn, energi, husleie, mm.). Apotek som opplever økt salg av legemidler, medisinsk utstyr og handelsvarer, vil derfor øke sin lønnsomhet. Siden

en stor del av kundenes etterspørsel etter legemidler og medisinsk utstyr er utenfor apotekenes direkte kontroll, kan konkurransen i dette markedet best beskrives som en kvalitets- og lokaliseringskonkurranse.

- **Lokalisering.** Ved å velge lokaliseringer som kundene opplever som gunstige, f.eks. på grunn av nærhet til andre butikker og gode parkerings- eller transportmuligheter, kan omsetningsvolumet øke.
- **Informasjon og veiledning.** Flere ansatte gir korte ventetider for ekspedering og bedre tid til å veilede pasienter, kontrollere pasientenes legemiddelbruk og avdekke eventuelle feil og risikosituasjoner. Slike forhold kan øke attraktiviteten til apotek og øke kundetilgang.

Både attraktive lokaler og bemanning øker apotekenes kostnader, og må derfor veies opp mot gevinsten av å tiltrekke seg flere reseptkunder. Her spiller avansesatsene en avgjørende rolle. Den økonomiske gevinsten av å tiltrekke seg kunder er bestemt av avansens størrelse: Jo høyere avanse, desto sterkere insentiver til å øke kvaliteten på apotekjenestene.

Siden prisøkningen som nødvendigvis følger med økt avanse har svak, eller ingen, etterspørselsdempende effekt, vil insentiveffekten av avansenivået kunne være sterk.

6.2.1 Prosent eller kronebasert avansesats?

Avansens betydning for apotekenes økonomiske evne og insentiver til å utvikle apotekjenester, taler for økt vekt på kronetillegg fremfor prosentbaserte avansesatser. Det er i tråd med de siste justeringene av avansesatsene i 2018, da prosentsatsen ble redusert fra 7 pst. til 2,5 pst. for legemidler med en innkjøpspris lavere enn 200 kroner og kronetillegget økt fra 25 til 29 kroner.

Dersom det var en sterk sammenheng mellom legemiddelpris og verdien av apotekenes informasjons- og rådgivningstjenester, vil en prosentbasert avanse ha gode insentivvirkninger siden apotekene belønnes ekstra økonomisk dersom de lykkes med å tiltrekke seg pasienter som bruker dyrere legemidler. På noen områder kan informasjon og veiledning være ekstra viktig for dyre legemidler. Et dyrt legemiddel vil reflektere en høy behandlingsverdi, og dermed blir det ekstra viktig at pasientene bruker legemidler riktig, og at eventuelle negative effekter oppdages raskt.

Vi mener likevel at en modell med sterkt innslag av prosentbasert avanse er lite treffsikkert med hensyn til å belønne apotekene for å gi ekstra oppfølging til utvalgte pasientgrupper. Det er det flere grunner til.

Før det første vil pasienter som bruker dyre legemidler kunne ha en tettere oppfølging av legen og høyere egenmotivasjon i å etterleve behandlingsopplegget. For det andre er den direkte koblingen mellom pris og behandlingsverdi mest aktuell for nyere legemidler som fremdeles har patentbeskyttelse. En rekke legemidler fortsetter å spille en viktig rolle i behandlingstilbudet selv etter patentutløp. Med generisk konkurranse vil prisen på disse falle kraftig, helt opp mot 80 - 90 pst. Med prosentbasert avanse resulterer det i en kraftig svekkelse av apotekenes insentiver til å tiltrekke seg denne pasientgruppen.

En kroneavanse holder apotekenes insentiver konstant, upåvirket av slike prisendringer utenfor apotekenes kontroll. Siden apotekene har en viktig oppgave i å stimulere til generisk bytte gjennom veiledning og informasjon til pasientene, er det uheldig dersom apotekene straffes økonomisk (gjennom prosentbasert avanse) ved å stimulere til generisk konkurranse.

6.2.2 Inflasjonsjustering

Med kroneavanse blir behovet for apotekøkonomien direkte koblet til den generelle prisutvikling i økonomien. Apotekenes driftskostnader vil speile den generelle pris- og lønnsutviklingen, mens den regulerte kroneavansen ligger fast inntil myndighetene foretar justeringer. Det er selvsagt ingen automatikk i at apotekene løpende skal få sine avanser justert i takt med den generelle prisveksten. Siden det er en direkte kobling mellom realverdien av avansene og apotekenes økonomiske kapasitet og insentiver til å utvikle tilgjengelighet og veiledning for pasientene, vil et krontillegg som ligger fast over lengre perioder like fullt svekke apotektilbudet.

6.2.3 Differensierte avansesatser

Avansesatsene i dagens modell gir et tillegg for A/B-preparater og kjølevarer. Apotektjenestene er sammensatt og består av mer enn å utlevere resepter og selge reseptfrie legemidler. Informasjons- og veiledningsoppgavene er viktige, og som følge av den aldrende befolkningen som vi har vist til ovenfor, er det grunn til å tro at disse tjenestene blir viktigere i årene som kommer. Det blir behov for mer intensivt tilbud av dagens veilednings- og rådgivingstjenester for å møte den store økningen i eldre som bruker legemidler.

For å gi apotekene økonomiske insentiver til å følge opp disse pasientene med tilstrekkelig veiledning og informasjon kan avansesatsene brukes mer målrettet enn i dag. En mulighet er å øke avansesatsen for ekspedering av resepter til pasienter over en viss alder, f.eks. 70 år, med en provenynøytral reduksjon for yngre pasienter. Det kan påvirke apotektjenestene på flere måter. For det første blir det mer attraktivt å tiltrekke seg eldre pasienter til apoteket, og det kan gjøres ved å satse mer ressurser på tjenester som eldre verdsetter. For det andre kan det påvirke apotekenes lokalisering. Det kan gjøre det ekstra gunstig å etablere apotek i områder med større tetthet av eldre, både fordi de bruker mer legemidler og fordi den økonomiske belønningen for å utlevere legemidler til eldre øker.

Et mer indirekte virkemiddel rettet mot eldre er å velge ut noen legemidler som har mange eldre brukere, og øke avansesatsen for disse. Fordelen er at tiltaket kan bli mer treffsikkert. Det er ikke all legemiddelbruk hos eldre som er informasjon- og veiledningsintensive. Det kan være noen pasientgrupper/legemidler som er særlig viktige eller prioriterte. Disse kan støttes direkte med økt avansesats.

Det er ikke er den direkte provenyeffekten, eller effekten på samlet inntektsnivå for apotekene, som er avgjørende, men heller hvilke insentiver til apoteketablering og tjenesteutvikling apotekene har innenfor en gitt samlet avanseramme.

6.3 Kort oppsummert

- Den økonomiske gevinsten av å tiltrekke seg kunder er bestemt av avansens størrelse: Jo høyere avanse, desto sterkere insentiver til å øke kvaliteten på apotektjenestene.
- Vi mener likevel at en modell med sterkt innslag av prosentbasert avanse er lite treffsikkert med hensyn til å belønne apotekene for å gi ekstra oppfølging til utvalgte pasientgrupper.

- En kroneavanse holder apotekenes insentiver konstant, upåvirket av prisendringer utenfor apotekenes kontroll. Med kroneavanse straffes ikke apotekene av at det utløses generisk konkurranse.
- Siden det er en direkte kobling mellom realverdien av avansene og apotekenes økonomiske kapasitet og insentiver til å utvikle tilgjengelighet og veiledning for pasientene, vil et kronetillegg som ligger fast over lengre perioder isolert sett svekke apotektilbudet.
- For å gi apotekene økonomiske insentiver til å følge opp disse pasientene med tilstrekkelig veiledning og informasjon kan avansesatsene brukes mer målrettet enn i dag.
 - Et alternativ er å øke avansesatsen for ekspedering av resepter til pasienter over en viss alder, f.eks. 70 år.
 - Et annet alternativ er å velge ut legemidler eller pasientgrupper som trenger ekstra oppfølging, og øke avansesatsen for disse.
- Slike endringer i avansemodeller kan gjennomføres uten å endre forventet inntektsnivå i apotekene eller statens refusjonsutgifter.

7 Avslutning

I denne rapporten har vi vurdert apotekenes samlede verdiskapning. Vi har vektlagt prinsipielle avklaringer av hva vi skal forstå med verdiskapning i apotekene, og på hvilke områder apotekene har en direkte og dels målbar effekt på helse og samfunnsøkonomisk nytte.

I analysen har vi redegjort for hvordan samlet verdiskapning i apotekene kan tallfestes og kartlagt på hvilken måte apotekenes ulike tjenester og aktiviteter har betydning for verdien av helsetjenestene. Prinsipper for tallfesting av samlet verdiskapning (se kap. 3) er viktig for å bidra til en felles forståelse av hva som ligger, og ikke ligger, i verdskapningsbegrepet. Begrepet er ofte brukt i næringspolitiske diskusjoner, men ofte uten en presis forståelse av begrepet.

Vi konkluderer med at apotekenes verdiskapning er svært stor, men uten å tallfeste størrelsen. Beløpet er stort fordi apotekene er å anse som en kritisk faktor for å kunne realisere behandlingseffekten av legemidler. Uten apotekene ville det vært svært krevende å sikre de rette pasientene tilgang på de riktige legemidlene. Når vi likevel avstår fra tallfesting, er det særlig av to grunner.

For det første er det vanskelig å vurdere hvor stor den samlede helseeffekten av legemiddelbehandling er. Den samlede legemiddelomsetningen på 25 mrd. kroner (ekskl. mva) er et absolutt nedre nivå på den samfunnsøkonomiske nytten, men ligger trolig langt over dette. For det andre er slike aggregerte anslag, basert på en sammenligning av en tilstand uten apotek med en tilstand der apotekene er i virksomhet som i dag, av liten praktisk verdi for myndighetenes politikktutforming eller for apotekenes strategier for videreutvikling av sine tjenester. Apotekene har rett og slett kommet for å bli.

Mer relevant er det å identifisere på hvilken måte apotekenes ulike tjenester gjør en forskjell, og hvordan disse kan påvirkes og eventuelt styrkes i tiden fremover (se kap. 5). Tabellen nedenfor sammenstiller områdene vi har vurdert betydningen av – både områder der apotekene allerede har en viktig rolle og områder som kan få større betydning for fremtidens apotektjenester.

Tabell 7.1 Apotekenes verdiskapning (Δ sikter til endring i faktoren som følge av apotekenes tilstedeværelse eller tjenester).

Tjenestekområde	Viktigste faktorer som påvirkes	Apotekenes bidrag
Apotekenes kritiske rolle		
Gi tilgang til legemidler	A. Helserelatert livskvalitet (QALY) B. Produktivitet og yrkesdeltakelse C. Kostnader i helse- og omsorg	$\Delta (A+B+C)$ Bruttonytte >> Legemiddelomsetning Samfunnsøkonomisk overskudd øker ved overgang til trinnspris
Apotekenes innsats		
Riktig bruk av legemidler – informasjon og rådgivning	A. QALY (verdien av etterlevelse) C. Kostnader i helse- og omsorg D. Kostnader ved komplikasjoner	Kvalitativ beskrivelse av hvordan apotekene jobber. ΔC og ΔD – hva ville kostnadene vært uten god informasjon og rådgivning?
Andre helsetjenester	A. QALY C. Kostnader i helse- og omsorg	Apotekene avlastet andre deler av helsetjenesten (vaksinasjon og LAR) og kan tilby uregulerte helsetjenester med privat betalingsvilje. ΔA og ΔC
Priskonkurransen	E. Utgiftene i folketrygden og helseforetakene	Apotekene bidrar til å øke kjøpermakten (prisrespons på markedsandeler). ΔE
Tilgang til apotekene	F. Reisetid og åpningstider	Apotekdekningen påvirker gjennomsnittlig reisetid til et apotek ΔF

Referanser

- Apotekforeningen. (2020). *Apotekstatistikk*. Hentet Desember 2020 fra apotek.no: <https://www.apotek.no/statistikk/apotekstatistikk/apotek>
- Apotekforeningen og Apokus. (2016). *RAPPORT FRA STUDIEN Kartlegging av apotek tjenester - Intervensjoner, veiledning og informasjon*.
- Atkinson, J. (2022). Advances in Pharmacy Practice: A Look towards the Future. *Pharmacy*.
- Dalen, D., Holden, M. B., Lian, Ø., Rasmussen, I., & Skulestad, A. (2021). *Riktige legemidler til rett pris*. Vista Analyse.
- Daniels, P. m. (2018). Improving inpatient warfarin therapy safety using a pharmacist-managed protocol. *BMJ Open Quality*.
- Helsedirektoratet. (2021). *Pasientskader i Norge 2020*.
- Helsedirektoratet. (2022). *Pasientskader i Norge 2021 - Målt med Global Trigger Tool*.
- HOD. (2023). *Fremtidens apotek – fleksibelt og forsvarlig*.
- HOD. (u.d.). *Legemiddelmeldingen. Meld. St. 28 (2014-2015)*.
- Hodkinson, A. m. (2020). Preventable medication harm across health care settings: a systematic review and meta-analysis. *BMC Medicine*.
- Legemiddelindustrien. (2019). *Tall og fakta 2019. Legemidler og helsevesen*. LMI.
- Nymoene, L., Björk, M., Flatebø, T., Nilsen, M., Godø, A. ..., Oie, E., & Viktil, K. (2022). Drug-related emergency department visits: prevalence and risk. *Internal and Emergency Medicine*, 1453-1462.
- Rémuzat, C., Urbinati, D., Mzoughi, O., El Hammi, E., Belgaied, W., & Toumi, M. (2015). Overview of external reference pricing systems in Europe. *J Mark Access Health Policy*. 2015;3:1–11.
- Sundby, K. (2020). *Apotekets intervensjoner under reseptekspedisjoner. Masteroppgave i farmasi*. Universitetet i oslo.
- Svendsen, K., & Askar, M. (2022). *Utvikling av reisetid til nærmeste apotek mellom 2002 og 2022*. UiT.
- Vista Analyse. (2020). *Omsetning av legemidler på resept. En deskriptiv analyse av utviklingen i apotek- og grossistavanse fra 2016-2020*. Vista Analyse, rapport 2020/36, av Mari Brekke Holden.

Vedlegg 1

Tabell A1 Historiske avansesatser

År	Kronetillegg	Kjøleware	Pst.tillegg < kr 200	Pst.tillegg > kr 200	A/B prepara- rat
2012	22	0,0 %	7,00 %	4,00 %	10
2013	22	0,0 %	7,00 %	4,00 %	10
2014	25	0,0 %	7,00 %	3,00 %	10
2015	25	0,0 %	7,00 %	3,00 %	10
2016	25	0,0 %	7,00 %	2,50 %	15
2017	25	0,0 %	7,00 %	2,25 %	15
2018	29	0,5 %	2,25 %	2,25 %	15
2019	29	0,5 %	2,00 %	2,00 %	19
2020	29	0,5 %	2,00 %	2,00 %	19
2021	29	0,5 %	2,00 %	2,00 %	19
2022	29	0,5 %	2,00 %	2,00 %	19



Vista Analyse AS
Meltzers gate 4
0257 Oslo

post@vista-analyse.no
vista-analyse.no