



Vil legemiddelutgifter i Norge gå opp eller ned hvis vi bruker andre lands priser?

Apotekforeningen, juni 2018

Innhold

1	Introduksjon.....	3
2	Sammendrag	4
3	Generelt om prisundersøkelser	5
3.1	Hva sammenliknes?.....	5
3.2	Vekting av priser.....	5
3.3	Bilaterale versus globale prisundersøkelser	5
3.4	Pris pr. pakning eller pris pr. DDD, eller annen måleenhet	6
3.5	AUP, AIP eller GIP.....	6
3.6	Forskjell på prissammenlikning med og uten forbruksvekter.....	7
4	Tidligere prisundersøkelser.....	12
4.1	SNFs prissammenligninger 2008 - 2010.....	12
4.2	Oslo Economics' prissammenligning 2012.....	12
4.3	Prissammenlikning av Kurt Brekke og Tor Helge Holmås 2015	13
4.4	Svenske prisundersøkelser fra TLV	13
5	Metode.....	14
6	Datagrunnlag.....	16
6.1	Norge	16
6.2	Sverige	16
6.3	Danmark.....	17
7	Resultater	18
8	Konklusjon	21
9	Sluttkommentarer	22

1 Introduksjon

Det er en generell oppfatning blant aktører på legemiddelområdet at prisnivået på reseptpliktige legemidler i Norge er lavt. En serie med prisundersøkelser som ble gjennomført i Norge i perioden 2008 til 2015 dokumenterte dette. Spesielt er det legemidler uten generisk konkurranse som gjennomgående har hatt lavere priser enn i andre land.

Siden 2015 er det ikke gjennomført noen brede prisundersøkelser i Norge som sammenligner norske legemiddelpriser med legemiddelprisene i andre land. Derimot er det gjennomført prisundersøkelser i andre land, der noen av dem kan gi inntrykk av at prisnivået i Norge kan være høyere enn det tidligere norske undersøkelser har vist.

Apotekforeningens formål med denne undersøkelsen er å undersøke om norske legemiddelutgifter ville stige eller synke med svenske og/eller danske priser på reseptpliktige legemidler i Norge. Vi har fått nødvendige prisdata for å kunne gjøre en slik sammenlikning fra svenske myndigheter, men ikke fra danske myndigheter. Rapporten begrenser seg derfor til å sammenlikne legemiddelpriser i Norge og Sverige.

Siden valg av mål, premisser, metode og utvalg kan ha stor betydning for funn, er det viktig at rapporter som sammenlikner legemiddelpriser på tvers av land er grundige og tydelige på hvilke valg som er gjort. Det er lagt til grunn for denne rapporten.

2 Sammendrag

Hovedspørsmålet som er stilt i denne undersøkelsen er hva det norske legemiddelforbruket ville ha kostet med svenske legemiddelpriser sammenlignet med norske. Pris- og omsetningsdata er mottatt fra svenske myndigheter. Vi har sammenlignet priser på AIP-nivå (apotekenes innkjøpspris), og har målt pris per definert døgndose per virkestoff (ATC 5-nivå) for 596 ATC-koder. Metoden er valgt for å få et mest mulig dekkende utvalg. Med denne metoden dekker undersøkelsen 76 pst av samlet omsetning på AIP-nivå i Norge.

Funnene viser at det norske legemiddelforbruket ville vært 23,6 prosent dyrere med svenske priser. Avgrenser man sammenligningen til alle virkestoffer som er omfattet av det norske trinnpris-systemet, ville denne delen av legemiddelutgiftene vært 9,5 prosent høyere med svenske priser enn de er med norske priser. Tilsvarende ville utgiftene på ikke-trinnprisområdet vært 26,8 prosent høyere enn de er med norske priser.

3 Generelt om prisundersøkelser

Vi har i denne rapporten lagt stor vekt på å drøfte mål, premisser, metode og utvalg. Slike valg kan ha stor betydning for utfallet. Det er derfor viktig at rapporter som sammenlikner legemiddelpriser i flere land er grundige og tydelige om hvilke valg som er gjort. Siden vi ikke har fått prisdata fra Danmark er dette blitt en undersøkelse med priser bare fra Norge og Sverige. Dette forenkler sammenlikningen. I dette kapitlet har vi for fullstendighetens skyld, og som veiledning til å tolke prisundersøkelser, valgt å belyse problemstillinger som er relevante når priser fra mer enn to land skal sammenliknes. Danmark er derfor inkludert i eksemplene i dette kapitlet.

3.1 Hva sammenliknes?

Å sammenlikne legemiddelpriser er krevende. Det er tusenvis av varenumre med hver sin pris. Et varenummer definerer en unik pakning. Varenumrene er ikke like i de forskjellige landene. Ikke alle legemidlene selges i alle land. Hvordan kan man da sammenlikne priser på tvers av land?

Legemiddelmarkedet er tungt regulert i de fleste land, og forskjellig regulert i de ulike landene. Reseptpliktige legemidler er underlagt prisregulering i Norge. For reseptpliktige legemidler med markedsføringstillatelse til humant bruk fastsetter staten maksimal innkjøpspris til apotek (AIP) og apotekenes maksimale avanser, og dermed også maksimal utsalgspris fra apotek (AUP).

For reseptpliktige legemidler der patentet er utløpt, og Legemiddelverket har satt legemidlet på byttelisten over likeverdige legemidler, kan staten fastsette trinnpris straks stabil generisk konkurranse har oppstått. Stabil generisk konkurranse anses å foreligge når legemidlene er oppført på byttelisten og det ikke kan dokumenteres alvorlige leveringsproblemer for det generiske legemidlet. Apotekene må tilby minst ett legemiddel (av legemidlene med samme virkestoff) til trinnpris. En og samme pakning kan dermed ha minst fire forskjellige regulerte priser (maks AIP, maks AUP, trinnpris-AUP og trinnpris-AIP). Apotekene kan dessuten velge å selge til lavere priser enn dette, og helseforetakene får store rabatter gjennom anbudsordning. Disse rabattene er hemmelige, slik at vi ikke har anledning til å si hvor mye rabatt som gis på den enkelte pakning. Det er derfor viktig å være tydelig på hvilke av disse prisene man faktisk benytter når man sammenlikner priser på tvers av land. Sammenlikner man maksimalpriser i Norge med anbudspriser i andre land, er det opplagt at sammenlikningen blir feil selv om man sammenlikner identiske pakninger.

3.2 Vekting av priser

Formålet med undersøkelsen er å se hvordan forskjeller i priser slår ut i de samlede legemiddelutgifter i Norge. Det finnes legemidler på det norske markedet der prisen i Norge er vesentlig høyere enn i Sverige, men der legemidlet knapt brukes i Norge. Motsatt finnes det legemidler som er mye brukt i Norge som har vesentlig lavere pris i Norge enn Sverige, samtidig som produktet knapt brukes i Sverige. Skal man la disse to produktene veie like tungt i en prissammenlikning, eller skal man tillegge produktet som brukes mest i Norge tyngre vekt? Konsumprisindeksen (KPI) som Statistisk sentralbyrå bruker, vekter prisene etter norsk forbruk¹.

3.3 Bilaterale versus globale prisundersøkelser

Hvis man skal sammenlikne priser i flere land, må man ta stilling til om man skal sammenlikne globalt eller bilateralt. Med globalt menes her at man kun sammenlikner priser på objekter som finnes i alle landene samtidig. Med bilateralt menes her å sammenlikne ett og ett land. En global indeks gjør at utvalget man sammenlikner vil krympe fordi man ikke kan sammenlikne prisforskjell

¹ Vekter i KPI: Forbruksandeler eller budsjettandeler er forholdstall mellom forbruket av de enkelte varer og samlet forbruk per husholdning. Forholdstall beregnes utfra nasjonalregnskapets tall for konsum i husholdninger og benyttes som vektor i konsumprisindeksen.

mellom Norge og Sverige på et legemiddel hvis legemidlet ikke selges i Danmark. Dermed vil relevansen av en slik sammenlikning synke sett med en norsk forbrukers øyne. Når priser skal sammenliknes i hele Europa, vil datasettet trolig krympe radikalt dersom det stilles som vilkår at objektet som måles skal være tilgjengelig i alle land samtidig.

Med bilateral sammenlikning sammenlikner man priser land for land. Hvis produktet ikke finnes i Danmark, men i både Norge og Sverige, vil man i dette tilfellet kunne sammenlikne prisen i Norge med prisen i Sverige. Det ville man ikke kunne ha gjort ved bruk av global sammenlikning.

Siden denne undersøkelsen kun sammenlikner med Sverige, unngår vi vanskene med globale prisundersøkelser.

3.4 Pris pr. pakning eller pris pr. DDD, eller annen måleenhet

Hvis man vil sammenlikne kun like pakninger, krymper datasettet. I Frankrike er det tradisjon for å bruke små pakningsstørrelser. Skal man sammenlikne pakning for pakning, sier det seg selv at utvalget blir kraftig redusert hvis vi skal sammenlikne oss med blant andre Frankrike. Stilles det attpåtil som vilkår at alle pakningene skal omsettes i alle land (global undersøkelse), krymper datasettet ytterligere. Så har man det praktiske problemet med å koble hver eneste utenlandsk pakning med tilsvarende norske pakning. Her er det ikke felles varenumre, så dette blir en formidabel jobb.

Man kan også tenke seg å måle pris pr. styrke/form. Da mister man mindre informasjon enn om man sammenlikner like pakninger. Det vil fortsatt være en formidabel jobb med å koble produktene mellom land.

Ved bruk av pris pr. DDD (definert døgndose) unngår man problemet med pakningsstørrelsesforskjeller. DDD er en internasjonal, standardisert måleenhet for legemiddelforbruk og fastsettes av Verdens helseorganisasjon, og er antatt gjennomsnittlige døgndose brukt ved preparatets hovedindikasjon hos voksne. Pris pr. DDD er den måleenhet som sikrer størst grad av representativitet i betydningen at minst mulig prisinformasjon går til spille, fordi man kan sammenlikne priser på tvers av land selv om det ikke finnes like pakninger i landene. Samtidig er det denne størrelsen som er enklest å sammenlikne på tvers av land. Her vil koblingsnøkkelen være ATC-koden, som er felles for alle landene. En ulempe er imidlertid at ikke alle ATC-er har DDD. Disse vil måtte utelates i en slik undersøkelse. Dette er særlig sykehusprodukter.

Å sammenlikne priser på kun like pakningsstørrelser blir som å sammenlikne priser på kun like bananer. Helt opplagt er det kiloprisen for bananer som er interessant, ikke prisen for bananer som veier f.eks. 215 gram, og har en krumming på x grader.

3.5 AUP, AIP eller GIP

På hvilket nivå er det mest hensiktsmessig å sammenlikne priser: Grossistinnkjøpspris (GIP), apotekinnkjøpspris (AIP) eller utsalgspris fra apotek (AUP)? Det er GIP som er produsentens betaling. Resten skal dekke kostnader og fortjeneste for apotek og grossist. Ulike regulatoriske krav til grossister og apotek i de ulike land kan gi grobunn for tilsiktede forskjeller. Likeledes vil geografi, lønnsnivå og andre forhold også kunne påvirke kostnader i grossist- og apotekledd. Det blir derfor krevende å tolke prissammenlikninger på AUP-nivå. Vi vet ikke hvor mye av prisforskjellen som kan tilskrives høyere lønns- og kostnadsnivå i Norge. Apotekavansen skal dekke kostnader ved lovpålagte oppgaver.

Hvis det isolert sett var legemiddelprisene man ønsket å sammenlikne, ville det vært mest naturlig sammenlikne GIP-ene. Hvis GIP er lavere i nabolandene, vil samme GIP i Norge også gi lavere utgift i Norge. Men normalt er ikke data på dette nivået tilgjengelig

Normalt er det data på AIP-nivå som er tilgjengelig. Ved måling på AIP-nivå blir resultatene i mindre grad forstyrret av ulike lønnsnivåer og apoteklovgivning mellom land. Måling på AIP-nivå blir dermed en bedre indikator for om det er noe å spare i Norge på å bruke andre lands legemiddelpriser enn å måle på AUP-nivå. Det er lettere å se for seg at man kan importere utenlandske AIP-er til Norge enn AUP-er fordi utenlandske AUP-er ikke er dimensjonert for norske lovkrav til apotekdrift og norske lønnskostnader.

Svenske myndigheter har de siste tre år sammenliknet priser internasjonalt. De har valgt å sammenlikne på AIP-nivå. De begrunnet sitt valg slik:

«Anledningen till att AIP används som prismått är att det inte innehåller apotekens handelsmarginal vilken kan variera mellan länder beroende på hur ersättningen till apoteken är utformad i respektive land.»²

3.6 Forskjell på prissammenlikning med og uten forbruksvekter

Nedenfor presenteres talleksempel på prissammenlikning mellom Norge, Sverige og Danmark med og uten forbruksvekter. I talleksempelene er forbruk og priser satt slik at hvert land bruker mest av de legemidlene som er billigst i de respektive landene. Dette er en rimelig forutsetning, da dette minimerer legemiddelutgiftene i alle land. Hvert land vrir forbruket bort fra de legemidlene som er dyrest i de respektive landene. Alle tall er her fiktive, og kun brukt for å illustrere effekter.

Anta at legemiddelmarkedet består av kun fem legemidler (a, b, c, d og e). Prisen i de ulike landene er som følger. Tall i parentes viser rangering av landene, der 1 er billigst.

Tabell 1

	Priser i Norge	Priser i Sverige	Priser i Danmark
A	40,00 (2)	35,00 (1)	57,00 (3)
B	70,00 (3)	57,00 (2)	50,00 (1)
C	51,56 (1)	84,00 (3)	74,04 (2)
D	73,04 (1)	95,92 (3)	87,09 (2)
E	73,97 (3)	37,00 (1)	40,00 (2)
Sum	308,57	308,92	308,13
“Indeks”	100,0	100,1	99,9

I talleksempel er Norge og Sverige billigst på to legemidler hver, mens Danmark er billigst på ett legemiddel. Norge er dyrest kun på ett legemiddel, mens Sverige og Danmark er dyrest på to legemidler. Skal man dermed konkludere med at legemidler er dyrest i Danmark? Hvis man summerer alle prisene, finner man at summen av prisene faktisk er lavest i Danmark, og høyest i Sverige. Hva er den prosentuelle prisforskjellen mellom landene? Gir det mening å snakke om

²

https://www.tlv.se/download/18.12550ff716050753615170a7/1513253615658/internationell_prisjamforelse_av_lakemedel_2017.pdf

prosentuell prisforskjell for hele markedet hvis man ikke vekter prisene med forbruk? I tabellen over utgjør forskjellen i summen av prisene under 1 promille.

Det man betaler for legemidlene i et land, er ikke bare en pris, men pris ganger volum. Det er sluttregningen som er interessant og som man vil minimere, ikke prisene på legemidler man selv ikke bruker. Et av hovedmålene for legemiddelpolitikken i Norge er at «legemidler skal ha lavest mulig pris».³ Dette målet må forstås slik at man ønsker å minimere summen av legemiddelutgiftene for gitt forbruk.

La oss anta at alle land bruker mest av det legemidlet som er billigst i de respektive landene, men at alle land har samme totale legemiddelforbruk. De minimerer summen av legemiddelutgifter for gitt forbruk. Siden Sverige er billigere enn Norge og Danmark på legemiddel a, antar vi at svenskene bruker mer av legemiddel a enn nordmenn og dansker. Siden legemidlet er billigere i Norge enn i Danmark, antar vi at danskene bruker mindre av legemiddel a enn nordmennene. En forbrukstabell kan være som følger (tall i parentes viser rangering av forbruket, der 1 er lavest):

Tabell 2

	Forbruk Norge	Forbruk Sverige	Forbruk Danmark
A	31 (2)	40 (3)	20 (1)
B	16 (1)	60 (2)	93 (3)
C	70 (3)	36 (1)	37 (2)
D	79 (3)	30 (1)	41 (2)
E	40 (1)	70 (3)	45 (2)
Sum	236	236	236

Legemiddelutgiften i de ulike landene blir lik pris ganger forbruk i de respektive landene:

Tabell 3

	Norge	Sverige	Danmark
A	1 240 (2)	1 400 (3)	1 140 (1)
B	1 120 (1)	3 420 (2)	4 650 (3)
C	3 609 (3)	3 024 (2)	2 739 (1)
D	5 770 (3)	2 878 (1)	3 571 (2)
E	2 959 (3)	2 590 (2)	1 800 (1)
Sum	14 698 (3)	13 312 (1)	13 900 (2)
Indeks	100,0	90,6	94,6

³ Meld. St. 28 (2014-2015), Legemiddelmeldingen

Her ser vi at selv om både summen av både forbruk og priser i de tre landene er omtrent like, blir det man betaler ganske forskjellig fordi pris- og forbrukssammensettingen er forskjellig. Effekten på indeksen blir langt større enn summen av de rene prisforskjellene i Tabell 1. Danmark, som hadde lavest pris på kun én av de fem produktene i Tabell 1, har lavest utgifter på tre av fem produkter. Norge, som i Tabell 1 hadde lavest pris på to av fem produkter, har høyest utgift på tre av fem produkter.

Kan man ut fra Tabell 3 hevde at legemidler er dyrest i Norge? Svaret er nei. Med talleksemlene som er valgt, kan man i beste fall si at Sverige og Danmark i større grad vrir forbruket over på de legemidlene som er billigst i de respektive landene. Som det neste talleksempel vil vise, vil norske utgifter faktisk stige ved bruk av svenske og danske priser på det norske forbruket.

Hva blir utgiftene i Norge med svenske og danske priser på det norske forbruket? Da får vi følgende:

Tabell 4

Utgifter med norsk forbruk og priser fra Norge, Sverige og Danmark:

	Norge	Sverige	Danmark
A	1 240 (2)	1 085 (1)	1 767 (3)
B	1 120 (3)	912 (2)	800 (1)
C	3 609 (1)	5 880 (3)	5 183 (2)
D	5 770 (1)	7 578 (3)	6 880 (2)
E	2 959 (3)	1 480 (1)	1 600 (2)
Sum	14 698 (1)	16 935 (3)	16 230 (2)
Indeks	100,0	115,2	110,4

Tabellen viser at det norske legemiddelforbruket blir dyrere både med svenske og danske priser. Sammenlikner vi med Tabell 3, som viser utgiftene i de ulike landene med de respektive lands priser og forbrukssammensetting, ser vi at rangeringen nå er helt motsatt: Utgiftene i Norge har gått fra å være høyest til lavest. Med svenske priser på norsk forbrukssammensetting, ser det ut som Sverige har gått fra å være billigst til å bli dyrest. Selv om svenske priser er uendret, endres utgiftene når man benytter norske forbruksdata. Utgiftene i Norge vil stige med 15,2 pst ved bruk av svenske priser på den norske forbrukssammensettingen.

Med svensk forbruk, og priser fra Norge, Sverige og Danmark, blir tabellen som følger:

Tabell 5

Utgifter med svensk forbruk og priser fra Norge, Sverige og Danmark:

	Norge	Sverige	Danmark
A	1 600 (2)	1 400 (1)	2 280 (3)
B	4 200 (3)	3 420 (2)	3 000 (1)
C	1 856 (1)	3 024 (3)	2 665 (2)
D	2 191 (1)	2 878 (3)	2 613 (2)
E	5 178 (3)	2 590 (1)	2 800 (2)
Sum	15 025 (3)	13 312 (1)	13 358 (2)
Indeks	112,9	100,0	100,3

Vi ser at det svenske forbruket blir dyrere med norske og danske priser enn med svenske priser. Sett med svenske øyne vil prisene på de samme produktene fremstå som 12,9 prosent høyere i Norge enn i Sverige, mens de danske prisene fremstår som 0,3 prosent dyrere enn de svenske. Men dette betyr ikke at Norge vil spare penger på å bruke svenske priser. Tvert imot.

Tabell 4 viser jo at svenske priser øker norske legemiddelutgifter med 15,2 prosent.

Vi kan sette opp tilsvarende tabell med dansk forbruk og får da:

Tabell 6

Utgifter med dansk forbruk og priser fra Norge, Sverige og Danmark:

	Norge	Sverige	Danmark
a	800 (2)	700 (1)	1 140 (3)
b	6 510 (3)	5 301 (2)	4 650 (1)
c	1 908 (1)	3 108 (3)	2 739 (2)
d	2 995 (1)	3 933 (3)	3 571 (2)
e	3 329 (3)	1 665 (1)	1 800 (2)
Sum	15 541 (3)	14 707 (2)	13 900 (1)
Indeks	111,8	105,8	100,0

Denne gangen er det Danmark som kommer best ut. Sett med danske øyne, er prisene i Norge 11,8 prosent høyere, mens svenske priser er 5,8 prosent høyere. Men hvis de danske prisene brukes i Norge, vil norske utgifter ifølge Tabell 4 stige med 10,4 prosent.

Disse tabellene kan oppsummeres i følgende tabell:

Tabell 7

	Priser fra Norge	Priser fra Sverige	Priser fra Danmark
Forbruk fra Norge	100,0	115,2	110,4
Forbruk fra Sverige	112,9	100,0	100,3
Forbruk fra Danmark	111,8	105,8	100,0

I alle tabeller er utgangspunktet de tenkte prisene i Tabell 1. Tabell 1 ga ikke noe klart svar på hvor prisene var lavest. Hvis man summerte alle priser uten å veie for forbruk, fremstod Danmark som billigere enn Norge, selv om flere legemidler var billigst i Norge. De tre siste tabellene viste at rangeringen mellom landene påvirkes kraftig av hvilket forbruk man veier prisene med. Alle land blir plutselig billigere enn alle andre, slik vi kan se av Tabell 7. Dette er ingen logisk umulighet, men en realitet dersom man lykkes med målsetting om lavest mulig pris på eget legemiddelforbruk. I talleksemplet vil det med norske øyne se ut som svenske priser er høyest, med svenske øyne vil norske priser fremstå som høyest, mens det med danske øyne vil se ut som norske priser er høyest. Dette er selvsagt ikke overraskende, da hele analysen har som forutsetning at hvert land vil bruke mer av legemidler med lav pris i det landet. Det er viktig å være klar over dette når man vurderer prisundersøkelser fra andre land. Med talleksempelene som er brukt, viser Tabell 7 viser at der en dansk prisundersøkelse viser at norske priser ville økt danske kostnader med 11,8 prosent, vil bruk av danske priser i Norge øke norske utgifter med 10,4 prosent.

4 Tidligere prisundersøkelser

I perioden 2008 til 2012 ble det laget flere norske rapporter med prissammenligning av legemidler i Norge og andre land. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) engasjerte Samfunns- og næringslivsforskning (SNF) til å utarbeide en prissammenligning, som ble publisert i 2008. SNF utarbeidet tilsvarende rapporter på oppdrag fra Apotekforeningen i 2009 og 2010. HOD engasjerte Oslo Economics til å lage en annen type prissammenligning, som ble publisert i 2012.

Det er vanskelig å sammenlikne resultater mellom tidligere undersøkelser. Noen undersøkelser måler på AIP-nivå, mens andre måler på AUP-nivå. Noen sammenlikner pris pr. pakning, andre sammenlikner pris pr. form/styrke, mens andre sammenlikner pris pr. DDD. I tillegg kan utvalget av legemidler som sammenliknes variere veldig. Landet som gjør undersøkelsen, tenderer til å se på legemidler som omsetter mest i det landet. Dermed kan en prisundersøkelse i Sverige inneholde helt andre legemidler enn en prisundersøkelse i Norge.

4.1 SNFs prissammenligninger 2008 - 2010

I perioden 2008 til 2010 leverte SNF tre forskjellige prisundersøkelser⁴. Den første ble gjort på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. De neste to ble bestilt av Apotekforeningen. Felles for undersøkelsene er at de sammenlikner pris pr. DDD i Norge innenfor hvert virkestoff med tilsvarende priser i de ni land Norge ser hen til ved fastsettelse av maksimalpriser (Sverige, Finland, Danmark, Tyskland, Storbritannia, Nederland, Østerrike, Belgia og Irland). De så også i varierende utstrekning på pris pr. pakning/styrke. Den første undersøkelsen så på grossistinnkjøpspriser (GIP) og AUP, mens de to neste så på AIP og AUP. Alle undersøkelsene så på priser på de legemidlene som solgte mest i Norge. Undersøkelsene skilte mellom legemidler med og uten patent. I varierende utstrekning var trinnprisområdet skilt ut for seg selv. Alle undersøkelsene bygde på data fra IMS Health. Stort sett fant undersøkelsen at Sverige og Danmark kunne være marginalt billigere enn Norge på byttbare legemidler med generisk konkurranse, mens Norge var billigere enn de fleste land på legemidler uten generisk konkurranse. Det var bare Storbritannia som kunne konkurrere med Norge på pris på legemidler uten generisk konkurranse.

4.2 Oslo Economics' prissammenligning 2012

Oslo Economics leverte prisundersøkelse til Helse- og omsorgsdepartementet i november 2012. Dataperioden var fra september 2010 til og med august 2011. Prisene ble målt på AUP-nivå, og sammenliknet med priser i Sverige og Danmark. De undersøkte kun trinnprislegemidler solgt på resept til enkeltpasienter der det fantes generiske konkurrenter i Norge. Trinnprisprodukter der kun originalproduktet var i salg ble utelatt fra analysen. Utvalget de så på, dekket 8 – 14 pst av samlet legemiddelomsetning i Norge. Data for salg (faktisk pris og volum) i Norge kom fra Folkehelseinstituttet, mens de fikk maksimalpriser og trinnpriser (teoretiske priser) fra Legemiddelverket. Svenske data over faktiske priser og salg ble levert av Apotekens Service. Pris og volum fra Danmark kom fra Sundhedsstyrelsen. Oslo Economics så på mange forskjellige delutvalg. Resultatene varierte avhengig av hvilket delutvalg man så på. Så man på hele utvalget, var Sverige 3,6 prosent billigere enn Norge, mens Danmark var 12,4 prosent dyrere. I andre delutvalg kunne svenske og danske priser være rundt halvparten av i Norge. Oslo Economics undersøkte ikke hvor stor del av denne prisforskjellen som skyldes forskjeller i maksimal apotekavanse mellom landene.

⁴ SNF Rapport 05/08, SNF Rapport 06/09 og SNF Rapport 08/10

4.3 Prissammenlikning av Kurt Brekke og Tor Helge Holmås 2015

På oppdrag fra Apotekforeningen, undersøkte professor Kurt Brekke ved NHH og seniorforsker Tor Helge Holmås utsalgspriser på reseptpliktige legemidler i Norge og Sverige for perioden 2013 og 2014. Utvalget de undersøkte var de 100 mest solgte virkestoffene på det norske markedet i 2014, samt alle virkestoff inkludert i trinnprissystemet. Fra Sverige fikk de pris- og volumdata fra eHälsomyndigheten. Data fra Norge fikk de fra Apotekforeningen, hvilket betyr at de sammenliknet faktiske priser i Norge, ikke listepriser.

Legemidlene i datasettet hadde en omsetning på over 10 mrd. kroner, noe som utgjorde mer enn 50 prosent av den totale omsetningen av reseptpliktige legemidler på det norske markedet. Den totale prisindeksen for hele utvalget viser at Norge har 15,5 prosent lavere priser enn Sverige på AUP-nivå. Sverige var noe billigere på trinnprisområdet (7,9 pst), men var vesentlig dyrere utenfor trinnprisområdet (27,3 pst). Siden alle data var på AUP-nivå, kunne de tallfeste i kroner hvor mye svenske priser ville endret norske legemiddelutgifter. De fant at svenske priser vil øke norske utgifter utenfor trinnprissystemet med 1,95 mrd, mens utgiftene innenfor trinnprissystemet ville reduseres med ca 0,25 mrd kroner.

4.4 Svenske prisundersøkelser fra TLV

Tandvårds- og läkemedelsförmånsverket (TLV) i Sverige har de siste tre årene sammenliknet priser på de mest omsatte reseptpliktige legemidlene i Sverige med priser i 15 – 20 andre land. De ser kun på legemidler brukt i «öppenvård» i Sverige, dvs. legemidler brukt på ikke-inneliggende pasienter enten det er i primærhelsetjenesten eller i spesialisthelsetjenesten. Data får de fra IMS Health. De bruker data for en tremånedersperiode. Prisene de ser på, er kun listepriser på AIP-nivå. Hvis salg skjer til under listepris, fanges ikke dette opp i disse undersøkelsene. De sammenliknet priser på legemidler med samme virkestoff, styrke og farmasøytisk form. I sin siste undersøkelse⁵ fant de at Norge var marginalt billigere på legemidler uten generisk konkurranse, og vesentlig dyrere på legemidler med generisk konkurranse. Apotekforeningen reagerte på deres funn om prisnivået i Norge i 2016. Ved nærmere undersøkelse viste det seg at de har sammenliknet faktiske svenske priser på legemidler med generisk konkurranse med norske maksimalpriser, også når produktene selges til den vesentlig lavere trinnprisen i Norge.

⁵ https://www.tlv.se/download/18.1d85645215ec7de2846c00a7/1510316384736/rapport_internationell_prisjamforelse_lakemedel_170130.pdf

5 Metode

I denne undersøkelsen sammenliknes AIP pr. DDD pr. virkestoff (ATC 5-nivå) ved bruk av norske forbruksvekt. Først ser vi hele utvalget der det finnes informasjon om pris pr. DDD både i Sverige og Norge. Dette gir svar på hva norske utgifter ville blitt ved bruk av priser fra Sverige på norsk legemiddelforbruk. Resultatet settes opp på indeksform med Norge = 100, slik at man enkelt kan se prosentuell forskjell.

Resultatet er også splittet opp på ATC-koder innenfor og utenfor trinnprissystemet. Vi gjør oppmerksom på at jo mer man splitter opp resultatene, desto mer forsiktig må man være i tolkningen av funnene. Denne undersøkelsen har siktet mot å få mest mulig representativitet. Dette går på bekostning av hvilken grad av presisjon det er mulig å ha. Omvendt ville økt presisjonsnivå ha måttet gå på bekostning av representativiteten, slik at undersøkelsen i mindre grad ville ha sagt noe om norske utgifter totalt sett ville ha gått opp eller ned ved bruk av svenske priser.

Legemiddelverket fastsetter ikke trinnpris på ATC-kodene, men på varenumre innenfor ATC-koder. Inhalasjonslegemidlet R03AK06 Salmeterol og flutikason (Seretide) står oppført i legemiddelverkets liste over virkestoffer inkludert i trinnprissystemet. Størstedelen av forbruket (97 pst av sum DDD på virkestoffet) skjedde i 2016 på varenumre av denne ATC-koden som *ikke* er trinnpriset. Å tolke all omsetning i denne ATC-en som omsetning innenfor trinnprissystemet blir opplagt misvisende.

For kun 34 av 112 ATC-koder med DDD omfattet av trinnprissystemet i 2016, var alle varenumre innenfor ATC-koden trinnpriset. Andelen DDD av virkestoffet som er på trinnprisede varenumre er som følger.

Tabell 8

Mer enn X pst av antall DDD som er på trinnprisede varenr.	Antall ATC
90 %	80
80 %	92 (12)
70 %	95 (3)
60 %	100 (5)
50 %	102 (2)
30 %	105 (3)
40 %	107 (2)
20 %	107 (0)
10 %	109 (2)
0 %	112 (3)

Tabellen leses som at for 80 av 112 virkestoff/ATC omfattet av trinnprissystemet, har mer enn 90 pst av solgte DDD skjedd på trinnprisede varenumre. For 102 av 112 ATC-er, har minst halvparten av solgte DDD skjedd på varenumre omfattet av trinnprissystemet. Hvis vi hadde sett på verdiandelen i stedet for DDD-andelen, ville bildet sett annerledes ut.

Tabell 9

TP-ATC	AIP-verdiandel	DDD-andel
Ikke trinnpriset vnr	31 %	5 %
Trinnpriset vnr	69 %	95 %
Totalsum	100 %	100 %

Til tross for at størstedelen av forbruket på noen av ATC-kodene skjer på varenumre som ikke er trinnpriset, velger vi å betrakte hele ATC-koden som trinnpriset. Isolert sett må dette forventes å øke norsk prisnivå på trinnprisområdet sammenliknet med Sverige fordi ikke-trinnprisede varenumre inkluderes i trinnprisområdet. Problemstillingen kunne være unngått ved å inkludere kun trinnprisede varenumre i Norge. Datasettet gir mulighet til å gjøre dette. Men dette ville innebære at vi ekskluderer enkelte varenumre innenfor en ATC ved beregningen av norske priser, mens prisen for de samme varenumrene er inkludert i beregningen av svenske priser. Ved å betrakte hele ATC-koden som trinnpriset, overdriver vi norsk prisnivå på trinnprisområdet. Siden det er på dette området vi forventer å finne minst prisforskjell mot Sverige, bidrar overdrivelse av norsk prisnivå til å gjøre funnene kvalitativt mer robuste. Med denne tilnærmingen er det mindre sjanse for at vil feilaktig vil konkludere med svenske priser vil øke utgiftene på trinnprisområdet.

6 Datagrunnlag

6.1 Norge

Apotekforeningens bransjestatistikk inneholder alt salg i norske apotek. Derfra har vi tatt ut data på varenummernivå for alle reseptpliktige, markedsførte legemidler til humant bruk i Norge i 2016. Vi har hentet ut omsetning på AIP- og AUP-nivå, antall DDD, samt trinnpris pr. måned. Legemidler som ikke har DDD ekskluderes fra utvalget. Pris pr. DDD blir dermed omsetning dividert på antall DDD i perioden. De norske tallene er dermed å anse som gjennomsnittlige, faktiske priser. Siden undersøkelsen måler pris pr. DDD, ekskluderes ATC-ene som ikke har DDD fra utvalget. Utgangspunktet for sammenlikning er derfor sammenstilt i tabellen på neste side.

Tabell 10

	AUP-omsetning inkl mva (mill. kroner)	AIP-omsetning eks mva (mill.kroner)	DDD (mill.)
Varenr. har DDD	19 800	13 378	2 518
Varenr. har ingen DDD	1 621	1 112	
Totalsum	21 421	14 490	2 518

Når varenumre uten DDD er ekskludert og omsetningen deles inn i trinnprisede og ikke-trinnprisede ATC-er, får vi følgende tabell:

Tabell 11

	AUP-omsetning inkl mva	AIP-omsetning eks mva	DDD
Ikke-trinnpriset ATC	15 545	11 152	1 076
Trinnpriset ATC	4 255	2 227	1 442
Totalsum	19 800	13 378	2 518

Omsetningen for trinnprisede ATC-koder er høyere enn omsetningen for trinnprisede varenumre fordi ikke alle varenumre innenfor en ATC er trinnpriset. Videre er det ikke tatt hensyn til at ikke alle trinnprisede varenumre har vært trinnpriset hele året. I Tabell 11 er alle ATC-er som hadde minst ett trinnpriset varenummer ved utløpet av 2016, er regnet som trinnpris-ATC.

6.2 Sverige

Vi ba TLV i Sverige om AIP-omsetning og DDD for samtlige markedsførte, reseptpliktige legemidler på ATC5-nivå i Sverige. De sendte AIP pr. DDD for 732 ATC-er. Av disse 732 ATC-kodene hadde 596 DDD-omsetning i Norge.

Når vi fjerner legemidler (ATC-er) som vi ikke har svenske data på fra det norske utvalget, reduseres AIP-omsetningen (ekskl. mva.) fra 13,4 mrd. kroner til 11,0 mrd. kroner. Dette skyldes at svenske data kun omfatter «öppenvård»-legemidler. Legemidler som utelukkende brukes på inneliggende pasienter i sykehus i Sverige faller derfor utenfor denne prisundersøkelsen.

De svenske dataene inneholder ikke faktiske priser slik de er registrert i apotek, men listepriser ganger antall pakninger solgt til de ulike listeprisene. Det er også disse tallene TLV selv bruker i sine årlige prisundersøkelser.

Innenfor «Periodens vara»-systemet for byttbare legemidler tillates ikke apoteket å gi rabatter. Antall pakninger ganger listepris blir dermed faktisk omsetningsverdi. Resultatene som presenteres i denne rapporten, når det gjelder ATC-er innenfor trinnprisområdet, vil dermed i realiteten være basert på faktiske priser i Sverige. For andre legemidler vil de oppgitte prisene fra Sverige kunne være høyere enn faktiske priser i svenske apotek. Dette vil spesielt kunne skje for patenterte legemidler der parallellimport forekommer. Vi har ikke grunnlag for å mene noe om hvor stort omfang avvik fra listepriser på parallellimport forekommer i Sverige. Vi er heller ikke kjent med at tidligere prisundersøkelser har tatt hensyn til dette. Tilsvarende vil ikke eventuelle rabatter som utbetales etterskuddsvis fra produsent til den svenske staten eller landstingene fanges opp i disse tallene. I Sykehusinnkjøp rapport⁶: «Håndtering av enhetspriser for legemidler og prinsipper for rutiner for prisinformasjon» heter det på side 70 at disse rabattene i 2016 utgjorde 750 – 800 mill. kr SEK i 2016. Vi antar dette er målt på AUP-nivå, mens denne undersøkelsen er på AIP-nivå. Vi vet ikke i hvor stor grad rabatterte legemidler er med i datasettet fra TLV.

For ordens skyld gjør vi oppmerksom på at det også i Norge, gjennom en endring av legemiddel-loven, er åpnet for etterskuddsvis (og hemmelige) rabatter i avtaler mellom legemiddelindustrien og det offentlige. Endringen trådte i kraft 1.1.2017, og har dermed ingen innvirkning på denne undersøkelsen med data fra 2016.

6.3 Danmark

Vi ba Sundhedsdatastyrelsen i Danmark om AIP-omsetning og DDD for samtlige markedsførte, reseptpliktige legemidler på ATC5-nivå i Danmark. Det fikk vi ikke. De henviste til www.medstat.dk som inneholder opplysninger om AUP inkl. mva. på salgstidspunktet, samt DDD for hele året.

Vi har dermed ikke hatt tilgang til AIP-priser fra Danmark. Fordi prisene i Danmark varierer sterkt i løpet av året (spesielt for legemidler med generisk konkurranse), måtte vi også hatt tilgang på DDD for hver prisperiode, noe vi heller ikke har fått. Danmark er derfor utelatt fra prissammenlikningen.

⁶ <https://sykehusinnkjop.no/nyheter/horingsrunde-om-rutiner-for-enhetspriser>

7 Resultater

Med gjennomsnittlig valutakurs for 2016 (SEK = 98,16), kan resultatene sammenfattes slik:

Tabell 12

Utgifter til norsk legemiddelforbruk med norske og svenske priser

	Norske priser (mill. kroner)	Svenske priser (mill. kroner)	Merutgift med svenske priser	Forskjell
Ikke TP-ATC	8 920	11 313	2 393	26,8 %
TP-ATC	2 084	2 282	198	9,5 %
Hele utvalget	11 004	13 596	2 592	23,6 %

Tallene må tolkes som AIP-omsetning (omsatt DDD i Norge x AIP pr. DDD i mill. NOK). For utvalget totalt sett øker utgiftene med 23,6 prosent dersom svensk AIP pr. DDD benyttes. Utvalget som er sammenliknet, hadde i 2016 en samlet AIP-verdi i Norge på 11 004 mill. kroner. Til sammenlikning var samlet AIP-omsetning av alle humane, markedsførte reseptpliktige legemidler på 14 490 mill. kroner. Utvalget dekker dermed 76 prosent av det norske markedet på AIP-nivå (78 pst på AUP-nivå).

Utvalget i Norge kan splittes opp på ATC-koder der det finnes generisk konkurranse i Norge, og ATC-koder uten generisk konkurranse. Med generisk konkurranse mener vi her ATC-er det er solgt generiske alternativer til originalen. Vi har ingen informasjon om det finnes generisk konkurranse på de samme ATC-kodene i Sverige.

Tabell 13

	Norske priser (mill. kroner)	Svenske priser (mill. kroner)	Merutgift på AIP-nivå med svenske priser	Forskjell
ATC har generisk konkurranse i Norge	3 108	3 483	375	12,1 %
ATC har ikke generisk konkurranse i Norge	7 897	10 114	2 217	28,1 %
Totalt	11 004	13 596	2 592	23,6 %

En slik oppsplitting gjør at en del virkestoffer omfattet av trinnsprissystemet (se Tabell 11) havner i kategorien «ATC har ikke generisk konkurranse i Norge».

Vi kan også se på merutgifter på AIP-nivå med svenske priser på både byttbare og ikke-byttbare varenumre fordelt på virkestoffer innenfor og utenfor trinnsprissystemet.

Tabell 14

Byttestatus	Ikke-trinnpriset ATC	Trinnpriset ATC	Totalsum
Byttbart	896	239	1 135
Ikke byttbart	1 498	-41	1 457
Totalsum	2 394	198	2 592

Det byttbare segmentet inneholder også patenterte virkestoffer når disse er utsatt for salg av parallellimporterte legemidler. For legemidler som kan utsettes for parallelt bytte i Sverige, er svenske prisdata overvurdert. I dette segmentet kan apotekene få rabatter, slik at reelle AIP-er kan være lavere enn de AIP-verdiene vi har fått fra svenske myndigheter.

Svenske priser ville ha senket norske AIP-utgifter med 41 mill. kroner for de varenumrene innenfor trinnpris-ATC-ene som ikke er byttbare.

Hvis vi ser på merutgifter på ATC1-nivå, får vi følgende tabell:

Tabell 17

ATC nr nivå 1	AIP-omsetning med norske priser	AIP-omsetning med svenske priser	Merutgift på AIP-nivå med svenske priser	Pst	Matchingsgrad
A	1 251	1 195	-55	-4,4 %	100 %
B	1 174	1 366	192	16,4 %	100 %
C	847	991	144	17,0 %	98 %
D	36	18	-18	-49,3 %	97 %
G	600	810	211	35,2 %	81 %
H	384	475	91	23,6 %	98 %
J	853	1 027	174	20,4 %	91 %
L	2 638	4 039	1 401	53,1 %	95 %
M	193	220	27	13,8 %	78 %
N	1 903	2 156	253	13,3 %	99 %
P	13	12	-1	-8,4 %	100 %
R	987	1 133	146	14,8 %	99 %
S	100	122	21	21,3 %	100 %
V	24	31	7	27,1 %	100 %
Totalsum	11 004	13 596	2 592	23,6 %	96 %

Vi ser at på den ATC1-kode som omsetter mest i Norge (L), vil det koste mest både i kroner og prosent å bruke svenske priser i Norge. Denne legemiddelgruppen inneholder bl.a. kreftlegemidler, og vi antar at prisforskjellen mellom Norge og Sverige her delvis kan forklares med etterskuddsvise rabatter i Sverige som ikke fanges opp i disse tallene, jf. omtale i kap 6.2.

I kolonnen «Matchingsgrad» fremkommer det for hvor stor andel av omsatte DDD i Norge vi har prisdata på ATC5-nivå fra Sverige på.

8 Konklusjon

Svenske AIP pr. DDD ville økt norske legemiddelutgifter i 2016 med 23,6 prosent på det utvalget som her er sammenliknet. De 596 ATC-kodene i utvalget som er sammenliknet utgjør 76 pst av sum AIP-omsetning i Norge på maksimalprisregulert omsetning (inkludert ATC-er uten DDD). For ATC med DDD i Norge utgjør omsetningen som er sammenliknet 82 pst på AIP-nivå og 84 pst på AUP-nivå.

Prisforskjellen er størst for legemidler som ikke omfattes av trinnprissystemet. Her må det imidlertid tas hensyn til at faktiske priser i Sverige kan være noe lavere enn mottatt prisinformasjon fra Sverige, jf. omtale i kapittel 6.2 og 9. For legemidler som er omfattet av trinnprissystemet ville norske legemiddelutgifter økt med 9,5 prosent med svenske priser. Tilsvarende ville utgiftene på ikke-trinnprisområdet vært 26,8 prosent høyere enn de er med norske priser.

9 Sluttkommentarer

Vi har i denne rapporten besvart spørsmålet om norske legemiddelutgifter ville stige eller synke hvis vi hadde svenske priser i Norge. Rapporten måler ikke prisforskjeller mellom enkeltpakninger. Ei heller tar rapporten hensyn til eventuelle patentforskjeller mellom Norge og Sverige. Rapporten ser dessuten bort fra at det er en sammenheng mellom pris og forbruk: Med svenske priser er det mulig at forbrukssammensettingen i Norge ville ha endret seg. Vi er ikke kjent med noen andre prisundersøkelser som tar hensyn til denne sammenhengen mellom pris og forbruk.

Effekten av ulike apotekavanser i Norge og Sverige er ikke belyst i dette dokumentet. Det viser derfor ikke prisforskjeller på AUP-nivå. Datasettet inneholder ikke pakningspriser fra Sverige, og vi kan ikke beregne dette nøyaktig. Derimot vet vi at den svenske avansemodellen gir høyere apotekavanse for legemidler med innkjøpspriser lavere enn 6 300 kroner⁷. Gjennomsnittlig innkjøpspris pr. pakke i Norge på varenumrene som inngår i denne undersøkelsen, er 228 kroner.

I kapittel 6.2 viser vi til Sykehusinnkjøps påstand om at Landstingene i 2016 fikk 750 – 800 mill SEK i etterskudsvise rabatter for legemidler der TLV beslutter refusjon. Selv om alle disse legemidlene skulle ha vært med i datasettet vil har fått fra Sverige, vil denne rabatten ikke være i nærheten av tilstrekkelig til å utlikne den prisforskjellen denne rapporten har påvist.

Rabattproblematikken beskrevet over vil utgjøre et større problem i fremtiden enn det gjør i denne undersøkelsen. Selv om Apotekforeningen besitter reelle priser, vil økt bruk av hemmelige rabattavtaler øke avstanden mellom listepriiser i utlandet og det man i utlandet faktisk betaler. Hvis norske myndigheter velger å få rabatter i form av etterskudsvise innbetalinger direkte fra legemiddelfirmaet til staten, vil også Apotekforeningens statistikk fremvise priser som er høyere enn de som faktisk betales.

I kapittel 7 indikerer tallene i Tabell 12 at prisforskjellen er mindre på legemidler omfattet av trinnprissystemet enn legemidler utenfor trinnprissystemet. Her må bemerkes at også ikke-trinnprisede varenumre er med i trinnpris-ATC-ene i Tabell 12, slik at Norge kommer dårligere ut enn om bare trinnprisvarenumrene hadde vært tatt med.

Skal man stille som vilkår lik patentstatus i begge land? Skal man stille som vilkår at ikke-patenterte legemidler må ha generisk konkurranse i begge land? I så fall faller minst syv trinnprisvirkestoffer med en samlet AIP-omsetning på 72,2 mill kroner ut av sammenlikningen fordi det ikke ble solgt generiske alternativer av disse virkestoffene i Norge i 2016.

Jo flere avgrensninger man gjør, desto mindre representativ blir sluttresultatet for totalmarkedet. Man får den klassiske konflikten mellom presisjon på den ene siden, og representativitet på den andre siden.

Denne undersøkelsen er ikke en evaluering av trinnprissystemet. Den er ikke egnet til å si noe om hvorvidt svenske utgifter vil gå opp eller ned hvis de bruker norske priser. Derimot er den egnet til å si noe om norske utgifter vil gå opp eller ned hvis vi hadde hatt svensk AIP pr. DDD i Norge på de 76 pst av AIP-omsetningsverdien i det norske markedet som datasettet dekker.

⁷ <http://www.apotek.no/fakta-og-ressurser/statistikk-for-2017/5--pris-fastsettelse/5-4-prisfastsettelse-i-de-andre-nordiske-landene>

