



Generisk substitusjon i legemiddelmarkedet

Hvordan påvirker ulike faktorer konsumentenes valg mellom generisk legemiddel og originalpreparat?

Guro Karlstad og Harnit Kaur

Veileder: Morten Sæthre

Masteroppgave i Strategi og ledelse og Økonomisk styring

NORGES HANDELSHØYSKOLE

Dette selvstendige arbeidet er gjennomført som ledd i masterstudiet i økonomi- og administrasjon ved Norges Handelshøyskole og godkjent som sådan. Godkjenningen innebærer ikke at Høyskolen eller sensorer innestår for de metoder som er anvendt, resultater som er fremkommet eller konklusjoner som er trukket i arbeidet.

Sammendrag

Ordningen med generisk bytte i apotek ble innført i Norge i 2001, og har bidratt til å redusere samfunnets og pasientenes legemiddelutgifter. Generisk bytte åpnet for at apotekene kan levere ut et billigere legemiddel med samme virkestoff som det rekvirerte. Alle legemidlene er godkjent av Statens legemiddelverk og har gjennomgått den samme kvalitetskontrollen. Formålet med studien er å utvide forståelsen for hvordan ulike faktorer påvirker konsumentenes valg mellom generisk legemiddel og originalpreparatet.

For å undersøke korrelasjoner mellom ulike variabler og beslutningen om en vil bytte til et generisk alternativ, ble det utført analyser av data innhentet gjennom en spørreundersøkelse. Variablene vi studerer er blant annet prisforskjell, påvirkning av lege og apotek, og oppfatning av kvalitet og virkning. Valg av variabler i analysen er i stor grad basert på tidligere forskning, og foretatt på bakgrunn av hva som vil være mest hensiktsmessig for analysene som utføres for å besvare problemstillingen. Undersøkelsen ble besvart av 337 respondenter, hvor 52 prosent valgte det generiske alternativet.

Et av hovedfunnene var at konsumentene var feilinformerte og manglet kunnskap om ordningen. Den manglende kunnskapen om generika fører til at de i større grad velger original. Resultatene viser at de som velger generika i stor grad er av den oppfatning av at preparatet har lik kvalitet og virkning, sammenlignet med originalpreparatet. Denne oppfatningen er noe lavere hos de som velger original. Prisforskjellen må være betydelig for at konsumenten velger generika, men i noen tilfeller vil konsumenten velge original uansett prisforskjell. Det er ønskelig at leger og apotek tar mer ansvar for å øke antall brukere av generika i legemiddelmarkedet. Våre resultater tyder på at informasjonsaspektet kan være mer hensiktsmessig enn pristiltak for å øke oppslutningen om generisk substitusjon i markedet.

Abstract

Generic substitution in pharmacies was introduced in Norway in 2001. When a pharmaceutical patent expires, firms may enter the market with a generic version of the original branded drug. As these drugs contain the same active chemical substances, they are certified by Statens legemiddelverk to be substitutable with the original branded drugs. Generic substitution reduces healthcare costs and improves access to healthcare. The purpose of this study is to increase the understanding of how different factors influence the choice between original branded drugs and generic drugs.

We aim to get an understanding of how different variables are correlated with the choice the patient makes. We also give insight into how the pharmacy and doctors can increase the number of people choosing the generic option. We make use of data conducted from a survey to analyze correlations between different variables and the decision whether to choose the generic option. Some of the variables we are studying are price difference, the influence of doctors and pharmacists and the perception of quality and effect of the generic drug. The choice of variables in the analysis are based on previous research. The survey was answered by 337 respondents, where 52 percent of the sample chose the generic option.

One of the main findings were that consumers are incorrectly informed and have a lack of knowledge about generic substitution. This leads them to choose an original branded drug to a greater extent. The results show that those who choose generics believe that the drug has the same quality and effect compared to the original drug. This perception is somewhat lower among those who choose the original drug. We find that price matters in the choice of drugs, but in some cases the consumer will choose the original drug regardless of price difference. In order to increase the number of patients choosing the generic option, physicians and pharmacists should take more responsibility. Our results are suggestive that information measures could be more appropriate than price measures to foster further generic substitution in the market.

Forord

Denne utredningen er skrevet som en del av vår mastergrad i økonomi og administrasjon ved Norges Handelshøyskole. Utredningen utgjør 30 studiepoeng innenfor våre hovedprofiler Økonomisk styring og Strategi og ledelse.

Etter å ha opparbeidet oss generell kunnskap om legemiddelmarkedet, forsto vi at dette var et interessant marked med svært mange reguleringer. På bakgrunn av dette valgte vi å skrive om legemiddelmarkedet, med fokus på generisk substitusjon. Studien kartlegger sammenhenger mellom ulike variabler og konsumentens valg mellom generisk legemiddel og originalpreparat. Det har vært interessant å jobbe med et dagsaktuelt tema. Arbeidet med studien har gitt oss mye, i form av både økt økonomisk forståelse og analytiske ferdigheter.

Først og fremst vil vi rette en stor takk til vår veileder, Morten Sæthre, for gode råd og hjelp underveis i arbeidet. Vi vil også takke alle respondenter som har svart på spørreundersøkelsen, og venner og familie som har vært behjelpelige med distribusjon.

Bergen, desember 2018

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG	2
ABSTRACT.....	3
FORORD	4
1. INNLEDNING	9
1.1 BAKGRUNN FOR UTREDNINGEN.....	9
1.2 PROBLEMSTILLING OG AVGRENSNING	10
1.3 UTREDNINGENS STRUKTUR	11
2. DET NORSKE LEGEMIDDELMARKEDET	12
2.1 GENERISK SUBSTITUSJON	12
2.2 MARKEDSSTRUKTUR.....	14
2.2.1 Produsenter.....	14
2.2.2 Grossist	14
2.2.3 Apotek	15
2.2.4 Sluttbruker	16
2.3 MARKEDSREGULERINGER	17
2.3.1 Prisregulering	18
2.3.2 Trinnprissystemet.....	19
2.3.3 Refusjonsordningen.....	19
2.3.4 Parallellimport.....	20
3. TEORETISK FORANKRING	21
3.1 VERTIKAL PRODUKTDIFFERENSIERING.....	21
3.2 ATFERDSØKONOMI.....	24
3.3 TIDLIGERE STUDIER	25
4. METODE	26

4.1	FORSKNINGSDESIGN	26
4.2	FORSKNINGSTILNÆRMING	27
4.3	FORSKNINGSMETODE	27
4.4	DATAINNSAMLING	27
4.4.1	<i>Utforming av spørreundersøkelse</i>	27
4.4.2	<i>Populasjon, utvalg og distribuering</i>	29
4.4.3	<i>Respondenter</i>	29
4.4.4	<i>Prestudie</i>	29
4.5	FORSKNINGSKVALITET	30
4.5.1	<i>Reliabilitet</i>	30
4.5.2	<i>Validitet</i>	30
4.6	BEGRENSNINGER VED METODE	31
4.7	ETISKE BETRAKTNINGER	32
5.	ANALYSE	33
5.1	DATAGRUNNLAG	33
5.2	RESULTATER FRA SPØRREUNDERSØKELSEN	33
5.3	EMPIRISK ANALYSE	43
5.3.1	<i>Regresjonsanalyse</i>	43
5.3.2	<i>Forutsetninger for regresjonsanalyse</i>	44
5.3.3	<i>Resultater fra regresjonsanalyse</i>	45
5.3.4	<i>Svakheter ved analysen</i>	52
6.	DISKUSJON	54
6.1	FORSLAG TIL VIDERE FORSKNING	57
7.	KONKLUSJON	58
8.	LITTERATURLISTE	59

APPENDIKS	66
TABELLISTE	86
FIGURLISTE.....	87

Ordliste

AIP: Apotekenes innkjøpspris, pris på legemiddel fra grossist til apotek.

AUP: Apotekenes utsalgspris, pris på legemiddel fra apotek til forbruker.

Bioekvivalente: Begrepet brukes om legemidler med samme biotilgjengelighet som et annet legemiddel, dette innebærer at midlene skal ha samme formål og effekt.

Biotilgjengelighet: Legemidlets tilgjengelighet i det vervet det skal utøve sin virkning.

Bivirkning: Uønskede eller skadelige virkninger av legemidler. Man skiller mellom bivirkninger som kan forventes ut fra de kjente effekter som det aktuelle legemiddelet har, og bivirkninger som ikke kan forutsies.

Blå resept: Reseptblankett for legemidler som refunderes av folketrygden etter vedtatte regler.

Bytteliste: Liste fastsatt av Statens legemiddelverk over de legemidler som kan byttes på apoteket uten at legen kontaktes på forhånd.

Egenandel: Det beløpet pasienten selv må betale for legemidler som refunderes av folketrygden.

Generika: Et *generisk legemiddel* kommer på markedet når produsenten av det opprinnelige legemiddelet ikke har enerett (for eksempel har mistet patentbeskyttelsen). Navnet og utseende på medisinen kan være forskjellige, men virkningen er den samme.

Generisk bytte: Generisk bytte er at apoteket kan tilby deg en medisin med et annet navn enn det legen har skrevet ut, dersom det finnes et likeverdig alternativ.

Hvit resept: Reseptblankett for alle reseptpliktige legemidler som kunden betaler selv.

Legereservasjon: Leger har på medisinsk grunnlag anledning til å påføre resepten en reservasjon mot at apoteket foretar generisk bytte. Legen skal dokumentere det medisinske grunnlaget for reservasjonen i sin journal.

Originalpreparat: Det første produktet/legemidlet av et nytt virkestoff – preparatet som opprinnelig var patentert.

Parallellimport: Import av legemidler via et annet land parallelt med import direkte fra produsenten.

Pasientreservasjon: Kunden har anledning til å reservere seg mot at apoteket foretar generisk bytte.

Reseptblankett: Legemidler forskrives på ulike reseptblanketter avhengig av hvem som skal betale for dem, eller hva slags type legemiddel det gjelder.

SLV: Statens legemiddelverk.

Tredjepartsfinansiering: Folketrygden refunderer en vesentlig del av pasientenes legemiddelutgifter.

Virkestoff: Den komponenten i et legemiddel som gir legemidlets virkning.

1. Innledning

I 2001 trådte den nye apotekloven i kraft, der hensikten var å øke tilgangen til apotek tjenester, samt bidra til kostnadseffektivisering. Lovendringen innebar en deregulering av eierskap og åpning for generisk substitusjon (Helse- og omsorgsdepartementet, 2005, s. 10). Generisk substitusjon, også omtalt som generisk bytte, er muligheten til å velge et rimeligere alternativ når man henter ut et legemiddel på apoteket. Generiske legemidler har samme virkestoff og effekt som originalpreparatene, og produseres etter at patenttiden til originalpreparatene er utløpt. Statens legemiddelverk garanterer at medisinerne er like gode, og det stilles samme krav til produksjon og kvalitet for generika og originalpreparater. Hensikten med generisk legemiddelbytte er å redusere samfunnets og pasientenes totale legemiddelkostnader (SLV, 2017d). Ved å utføre en kvantitativ analyse undersøkte vi hvordan ulike faktorer påvirker konsumentens valg mellom originalpreparatet og det generiske alternativet. Datagrunnlaget for analysen ble samlet inn gjennom en spørreundersøkelse. Hensikten er å øke forståelsen for hvordan beslutningene tas ved et generisk bytte. Vi så på hvilken påvirkningskraft lege og apotek har, og hvordan de kan øke antall brukere av generika. Videre undersøkte vi i hvor stor grad kunnskap om virkning og kvalitet til generika påvirker oppfatningene konsumentene har til preparatet. Dette kapittelet introduserer bakgrunnen for utredningen, før problemstilling og avgrensninger blir presentert.

1.1 Bakgrunn for utredningen

I fjor kjøpte norske apotek kunder til sammen 3,6 millioner legemiddelpakninger til en høyere pris enn nødvendig (Apotekforeningen, 2018b). Disse pakningene kostet til sammen 162 millioner kroner mer enn de hadde gjort om pasienten hadde valgt det rimeligste alternativet. Ordningen er gunstig for staten som dekker store deler av utgiftene for legemidler. Statens legemiddelverk har estimert at generisk bytte sparer pasienten og samfunnet for to milliarder kroner årlig som kan brukes til andre gode helseformål (SLV, u.å).

Det er flere fordeler knyttet til ordningen. Generisk bytte stimulerer til priskonkurranse, lavere priser og økt konkurranse mellom preparater innenfor samme byttegruppe. Konkurranse bidrar til mer effektiv ressursbruk, tjenester av høyere kvalitet og bredere

utvalg, så vel som rimeligere legemidler (Konkurransetilsynet, 2009). Dette skjer når patenttiden til originalpreparatet utgår, og generika skaper en konkurransesituasjon ved å innta markedet.

Pasienter kan reservere seg mot generisk bytte gjennom pasientreservasjon. Hvor mange som reserverer seg varierer fra virkestoff til virkestoff, og skepsis til generika er med på å påvirke statistikken (Farmatid, 2016). Mer enn hver femte nordmann er negativ til generisk bytte ifølge den årlige meningsmålingen Apotekbarometeret (Apotekforeningen, 2016). Apotekforeningen rapporterte en samlet pasient- og legereservasjon mot generika på 16 prosent, og merkostnad på 284 millioner i 2015 (Jøsendal, 2018). Fra et helseøkonomisk perspektiv vurderes generisk bytte som en viktig ordning, som gjør den interessant å studere.

1.2 Problemstilling og avgrensning

Med bakgrunn i diskusjonen over ønsker vi å undersøke hvordan ulike faktorer påvirker valget av et eventuelt generisk bytte. Vi mener dette er interessant, da generisk substitusjon er et dagsaktuelt tema og studien kan gi økt innsikt i hva som er viktig for konsumenten når en tar beslutningen om en vil bytte til et generisk alternativ. Hensikten med studien er å kartlegge sammenhenger mellom variabler og valg av preparat og gi økt innsikt i hvordan apoteket og leger kan øke antall brukere av generika. For å undersøke problemstillingen har vi utformet et sett med egenkonstruerte variabler.

Data ble innhentet gjennom en spørreundersøkelse. Studien ser utelukkende på reseptpliktige medisiner omsatt i det norske markedet. Oppgaven gjelder ikke inneliggende pasienter, som er innlagt på helseinstitusjoner som sykehus eller sykehjem, men de som selv er på apoteket, og kan ta et aktivt valg om bytte. Ordningen med generisk bytte gjelder ikke legemidler til dyr.

Utredningen forsøker å besvare følgende problemstilling:

- *Hvordan påvirker ulike faktorer konsumentenes valg mellom generisk legemiddel og originalpreparat?*

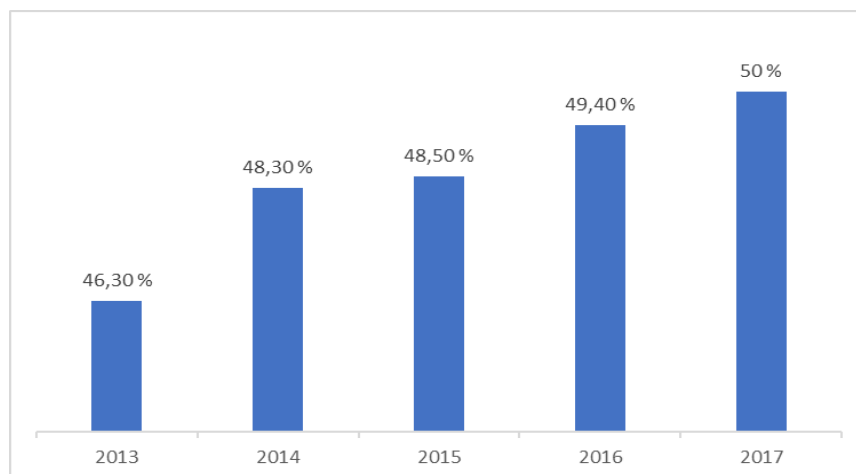
1.3 Utredningens struktur

Utredningen består av totalt seks kapitler. Dette kapitlet har introdusert tema og bakgrunn for valg av problemstilling. I kapittel 2 presenteres et forenklet bilde av legemiddelmarkedets kjennetegn og oppbygging. Teoretisk forankring, som danner grunnlaget for å besvare problemstillingen, introduseres i kapittel 3. Teoriene vi gjennomgår omhandler markedsstrukturen, markedsreguleringer, vertikal produktdifferensiering og tidligere studier. I kapittel 4 presenterer vi den metodiske tilnærmingen og de metodiske valgene i utredningen. Kapittel 5 starter med resultatene fra spørreundersøkelsen, før vi presenterer resultater fra analysen, samt svakheter ved analysen. Avslutningsvis, i kapittel 6, presenteres diskusjon, konklusjon og forslag til videre forskning.

2. Det norske legemiddelmarkedet¹

2.1 Generisk substitusjon

Lovendringen i den nye apotekloven (2001) innebar blant annet en deregulering av eierskap og åpning for generisk substitusjon. Med denne bestemmelsen kan apotekene bytte rekvirert legemiddel med generisk likeverdig legemiddel. Det er vanlig å skille mellom patent- og generikasegmentet. Førstnevnte består av originalprodukter som har patentbeskyttelse. Patentperioden er normalt 20 år, men den effektive tiden på markedet med patentbeskyttelse blir mindre fordi produsenten patenterer tidlig i utviklingen. Etter patenttiden åpnes det for lansering av kopipreparater av andre produsenter, også kalt generiske legemidler (Brekke, 2009). Generikapreparatet skal være likeverdige og ha samme terapeutiske effekt, da de inneholder de samme kjemiske sammensetningene som originalproduktene. Det som skiller produktene er hjelpestoffer og andre ytre karaktertrekk som farge, smak og pakningsstørrelse. Med en sterk økning de siste årene ligger andel generika av totalomsetningen på nærmere 50 prosent som vist i figur 1. Generisk bytte i apotek, patentutløp for flere store legemidler og innføring av trinnprissystemet for prising av byttbare legemidler har bidratt til økningen (Legemiddelindustrien, 2018).



Figur 1: Andel generika av totalomsetningen.

(Legemiddelindustrien, 2018)

¹ Den ene forfatteren av oppgaven, Guro Karlstad, har jobbet i Apotek 1 Gruppen og derfor inngående kunnskap.

Statens legemiddelverk har utviklet en bytteliste, og apotekene kan bare bytte mellom legemidler i henhold til enhver tid oppdaterte listen (SLV, 2018). Før en medisin kommer på byttelisten vurderer Statens legemiddelverk om legemidlene er bioekvivalente og egnet for generisk substitusjon. En bioekvivalensundersøkelse utføres ved at to grupper får doser av henholdsvis originallegemiddel og generisk legemiddel. Slike studier viser om virkestoffet tas opp i kroppen i like stor grad fra begge legemidlene. To legemidler er bioekvivalente når biotilgjengeligheten er så lik at effekt og sikkerhet i stor grad er den samme. I noen tilfeller kan legemidler bedømmes som likeverdige selv om det ikke er gjort bioekvivalensundersøkelser på forsøkspersoner. For disse kan en bygge på annen dokumentasjon for å fastslå likeverdighet. Etter at Byttegruppa har vurdert bioekvivalens gjør den en vurdering av om legemidlene er medisinsk likeverdige. Denne vurderingen går ut på om det er trygt å sette legemidlene på byttelisten når en tar hensyn til andre forhold enn bioekvivalens (SLV, 2017c).

Reservasjon

Både pasienten og legen kan reservere seg mot generisk bytte. En reservasjon mot bytte innebærer at man takker nei til generika og velger original. Det skal være tungtveiende medisinske grunner hos den enkelte pasient for at legen reserverer mot bytte (SLV, 2018). En av de vanligste årsakene til legereservasjon er at pasienten er allergisk mot innholdet i generikamedisinen, men bivirkninger grunnet allergiske reaksjoner forekommer sjelden. Den største sikkerhetsrisikoen, og de fleste bivirkninger, henger sammen med selve virkestoffet i et legemiddel (Helse- og omsorgsdepartementet, 2005, s. 14). Faren for feilmedisinering som kan forekomme ved bruk av flere typer medisiner kan være en årsak til reservasjon. I enkelte tilfeller foreligger det ikke en faktisk medisinsk årsak til bytte. Helfo (2015) utførte en kontroll av leger for å avdekke brudd på regelverket av blåreseptforskrivning der legen reserverer seg mot bytte. Bakgrunnen for studien var å kartlegge leger med høy estimert risiko for å ha påført folketrygden unødvendige merkostnader. Resultatene viste at for 66 prosent av forskrivningene var ikke vilkårene oppfylt fordi det manglet begrunnelse for reservasjonen i journalen. Helfo (2015) har i sin analyse estimert at legereservasjon alene kostet samfunnet 145 millioner kroner i 2013.

En studie utført av Jøsendal (2018) viste at det fantes en reservasjonsgrad på 21 prosent av alle utleveringer, derav 7 prosent legereservasjoner og 14 prosent pasientreservasjoner. Som

følge av reservasjonene ble det totalt beregnet en merkostnad på 401 millioner kroner, hvor 230 millioner ble belastet folketrygden og 171 millioner pasientene.

2.2 Markedsstruktur

Delkapittelet redegjør for legemiddelmarkedets struktur. Vi gjennomgår legemidlenes vareflyt fra produsent til sluttbruker, som illustrert i figur 2.



Figur 2: Verdikjeden innen legemiddelmarkedet.

2.2.1 Produsenter

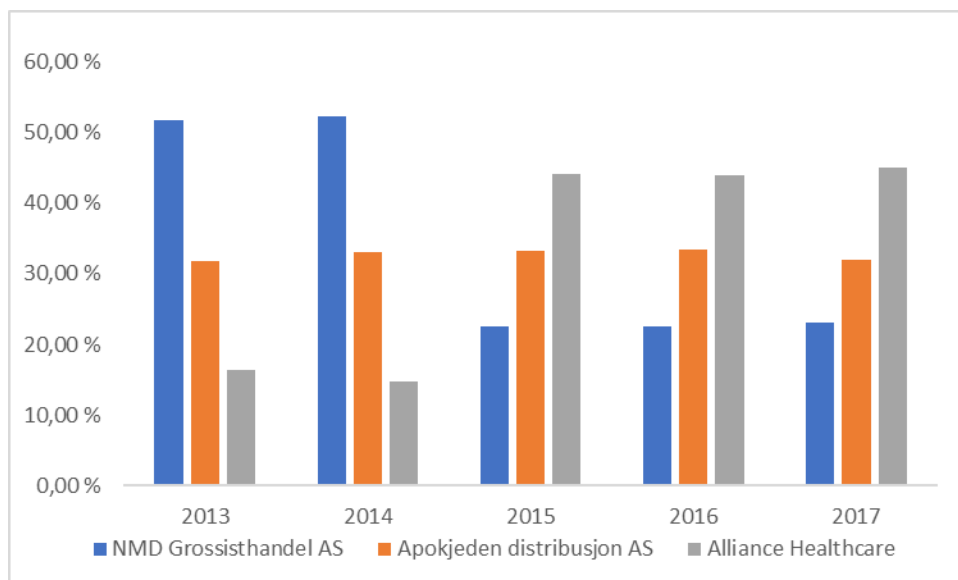
En rapport utarbeidet av Menon Economics i 2017 viste at farmasøytisk industri er blant Norges fremste vekstnæringer. Næringens samlede omsetning var på 39,9 milliarder kroner i 2017. I dag finnes det elleve selskaper som driver produksjon av legemidler med markedsføringstillatelse i Norge. Det er et krav fra norske myndigheter at legemiddelet må ha markedsføringstillatelse fra Statens legemiddelverk for å bli solgt i Norge. Norge importerer langt mer legemidler enn vi eksporterer. I 2017 utgjorde importen nesten 19 milliarder kroner og eksporten 6,4 milliarder kroner (Legemiddelindustrien, 2018).

2.2.2 Grossist

Grossister kjøper legemidler fra produsenter og distribuerer videre til blant annet apotek. Fra 1957 til 1995 hadde statseide Norsk Medisinaldepot AS (NMD) monopol på grossistvirksomhet av legemidler (SNL, 2015). Ved implementeringen av EØS-avtalen ble monopolet opphevet, og i 2001 ble NMD solgt til private investorer og er i dag ordinær grossisthandel uten noen monopolrettigheter.

Grossisttillatelsen utstedes av Statens legemiddelverk og vi har i dag tre godkjente fullsortimentsgrossister hvor alle er eid av internasjonale selskaper. Figur 3 illustrerer de tre grossistene og deres respektive markedsandeler (målt i omsetning). Veksten har vært stabil, bortsett fra i 2015, da Alliance Healthcare AS tok over distribusjon av legemidler til

sykehusapotekene og ble den største grossisten på markedet. Ved at apotekene integreres vertikalt, kan kundegrunnlaget til grossisten sikres og man kan i større grad bestemme ved hvilket ledd det lønner seg å ta ut fortjeneste (Lange & Granås, 2003).



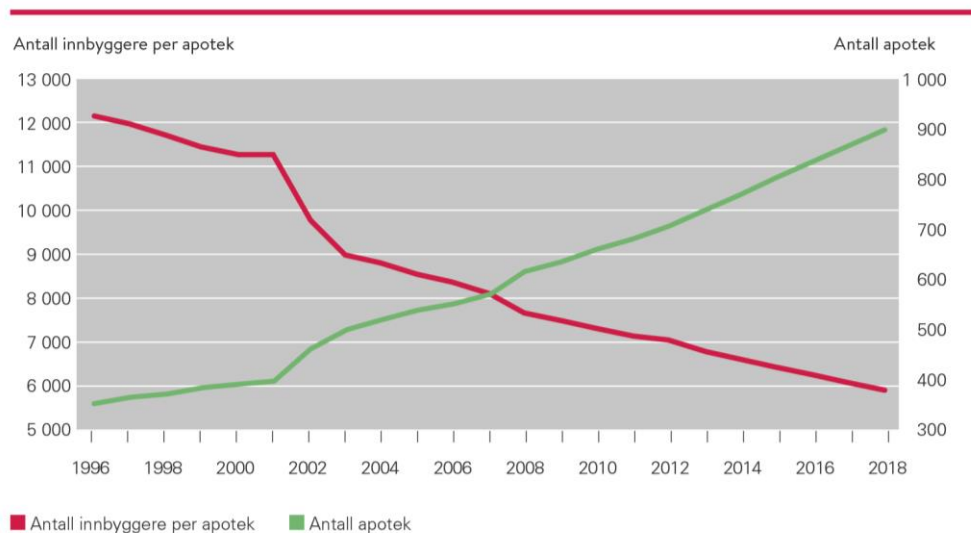
Figur 3: Markedsandeler for legemiddelgrossister.

(Legemiddelindustrien, 2018)

Når det gjelder generisk substitusjon har grossistene ulike innkjøpsavtaler med produsenter av generiske legemidler som fører til at apotekene tilbyr forskjellige generiske alternativer. Dette medfører at apotekene har økonomiske insentiver til å selge det rimeligste alternativet i sin lagerbeholdning.

2.2.3 Apotek

Et apotek defineres i apotekloven som et ”salgssted for legemidler til sluttbruker hvor det gis legemiddelfaglig veiledning, som er fysisk tilgjengelig for publikum” og er bindeleddet mellom grossist og sluttbrukeren (Apotekloven, 2018, § 1-3). I dag består apotekmarkedet av Ditt Apotek, Boots Apotek, Vitusapotek, Apotek 1, sykehusapotekene og noen få private aktører (SLV, 2018). Apotekloven i 2001 førte til store endringer når det gjaldt apotekdekningen i Norge. Det er nå totalt 900 apotek i Norge, og rundt 4000 innbyggere per apotek (Apotekforeningen, 2018). Figur 4 viser økningen i antall apotek etter dereguleringen av apoteksektoren.



Figur 4: Antall apotek og antall innbyggere per apotek 1996-2018 (per 1.januar).

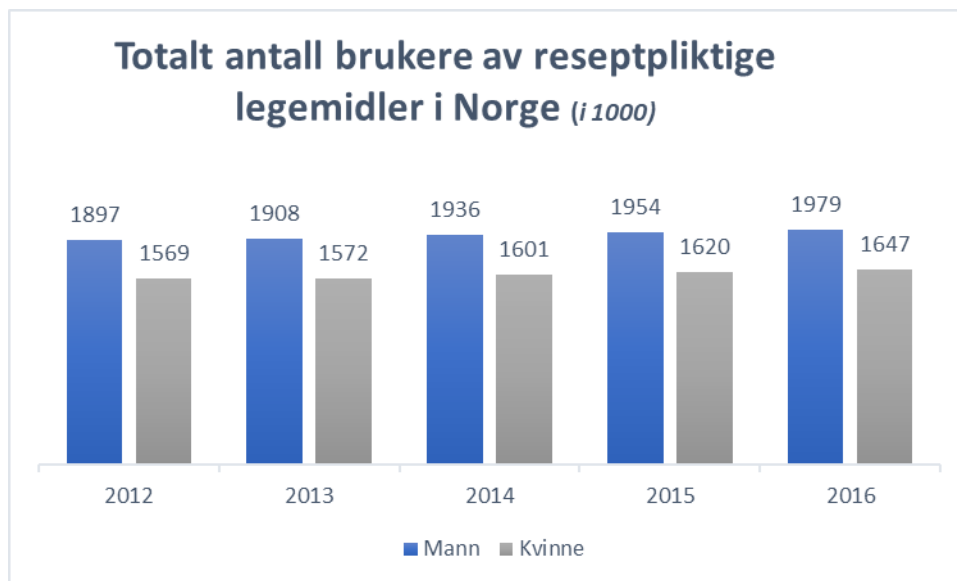
(Apotekforeningen, 2018)

2.2.4 Sluttbruker

Med sluttbruker menes i denne sammenheng bruker av reseptpliktige legemidler. Ved at legen forskriver originalmedisin må sluttbruker ta et aktivt valg om å bytte til generika. For å ta et aktivt valg må de ha kunnskap og informasjon om at det finnes alternativer til originalmedisinen. Denne kunnskapen må de tilegne seg. Et alternativ er generisk forskrivning, som betyr at legen angir virkestoffnavnet på resepten, i stedet for produktnavnet. Virkestoffforskivning flytter fokuset vekk fra produktnavnet og gir mindre binding til enkelte produkter (SLV, 2016c). Håkonsen og Toverud (2012) fant ut at pasientene generelt foretrakk å få utlevert det legemidlet som legen faktisk har forskrevet. Forskerne konkluderer med at økt involvering av forskrivende lege er viktig for at generisk bytte skal bli akseptert. Dette viser til at det vil være hensiktsmessig med generisk forskrivning.

Figur 5 gir en illustrasjon av totalt antall brukere av reseptpliktige legemidler i Norge. At antall brukere er økende kan blant annet sees i sammenheng med at antall eldre øker. Figuren viser også at det er flere kvinner enn menn som benytter reseptpliktige legemidler (Legemiddelindustrien, 2018). Bransjestatistikk fra apotekene viser at det er eldre pasienter som oftest reserverer seg mot bytte. I 2016 betalte pasienter over 60 år 94 millioner kroner

for mye ved å velge bort rimeligere alternativer. Statistikken viser også at kvinner sier oftest nei til bytte. Av de som velger original er 60 prosent kvinner (Apotekforeningen, 2017).



Figur 5: Totalt antall brukere av reseptpliktige legemidler i Norge.

(Legemiddelindustrien, 2018)

2.3 Markedsreguleringer

Legemiddelmarkedet er en svært FoU-intensiv industri med irreversible kostnader. Innovasjon av nye legemidler er forbundet med stor usikkerhet, der de høye FoU-kostnadene gjør at vilkårene for et velfungerende frikonkurransemarked ikke er til stede. Det er derfor nødvendig med patentordninger for å sikre at bedrifter har insentiver til å bruke ressurser på utvikling av nye legemidler. Ordningen gir bedriftene mulighet til å sette pris over marginalkostnad i patentperioden for å dekke FoU-kostnadene (Brekke, 2009).

Markedet for legemidler skiller seg fra et fritt marked av mange grunner. Det meste av kostnadene blir dekket av det offentlige eller gjennom private forsikringsordninger (tredjepartsfinansiering²). Innenfor området med reseptbelagte legemidler er det legen, og ikke konsumenten, som velger legemiddel. I dette markedet har pasienten liten reell mulighet til å vurdere legemidlenes effekt. Disse forholdene er noen av årsakene til en sterk offentlig regulering av legemiddelmarkedet. Legemiddelpriser påvirker pasienten, men etterspørselen

² Folketrygden refunderer en vesentlig del av pasientenes legemiddelutgifter.

er uelastisk. Om man øker prisen med 1 prosent reduseres etterspørselen med mindre enn 1 prosent. Dette er et tegn på at legemidler oppfattes som nødvendighetsgode som påvirker betalingsvilligheten til pasienten (Norges legemiddelhåndbok, 2018). Legen på sin side er lite prisfølsom da en ikke lar prisforskjeller mellom legemidler påvirke valg av legemiddel. Dette kan føre til forskrivning av en dyrere medisin (Helse- og omsorgsdepartementet, 2003, s. 9).

2.3.1 Prisregulering

Myndighetene regulerer maksimal innkjøpspris for apotek (AIP) gjennom internasjonale referansepriser, og fastsetter maksimal avanse for apotekene, som sammen gir maksimal utsalgspris (AUP). Statens legemiddelverk fastsetter maksimalpris, som foregår i tre trinn. På første trinn fastsettes maksimal AIP lik gjennomsnittet av de tre laveste markedsprisene på legemidlene i ni³ forskjellige land. Dette skjer når originalproduktet lanseres på det norske markedet og kalles ofte internasjonal referanseprising. På trinn to fastsettes avansen som består av et kronetillegg per pakning og en prosentsats av apotekets innkjøpspris. På trinn tre summeres innkjøpsprisen med avansen og det tillegges en merverdiavgift på 25 prosent. Dette gir den maksimale prisen et apotek kan selge et legemiddel for (Apotekforeningen, 2018b).

Uten en form for prisregulering ville prisene ut til kunde vært betydelig høyere enn i dag (SLV, 2018d). For å sikre at pasienter og folketrygden ikke betaler for mye for legemidlene er det nødvendig med strenge reguleringer. Uten reguleringer vil bedrifter ha insentiv til å sette opp prisen på legemidler. Folketrygdloven § 5-14 og blåreseptforskriften hjemler det norske refusjonssystemet for legemidler (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Da en vesentlig del av pasientens legemiddelutgifter refunderes, vil pasienten legge mindre vekt på prisen enn om de måtte betale legemidlene selv. Maksimalprisregulering av reseptpliktige legemidler anses nødvendig for å begrense skadevirkningene av markedets særtrekk, og dette uttrykkes i en legemiddelpolitisk målsetting om lavest mulig legemiddelpriser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2003, s. 9).

³ Sverige, Finland, Danmark, Tyskland, Storbritannia, Nederland, Østerrike, Belgia og Irland. Ovennevnte ni land brukes fordi de blir sett på som de mest relevante å sammenligne Norge med.

2.3.2 Trinnprissystemet

I tillegg til maksimalprisregulering ble det i 2005 innført et prissystem for byttbare legemidler kalt trinnprissystemet (SLV, 2018d). Trinnprissystemet sørger for at legemidler som opprinnelig var høyprislegemidler med patentbeskyttelse, automatisk går ned i pris ”trinnvis” når de får konkurranse fra generiske alternativer (Apotekforeningen, u.å). Trinnprisen er den maksimale prisen som folketrygden refunderer eller pasientene må betale for et legemiddel som inngår i systemet. Prisen på legemidlet kuttes opp til tre ganger, og størrelsen på kuttene vil være bestemt av legemidlets omsetning. Prisen reduseres i to trinn i løpet av det første halvåret etter at legemidlet har kommet på byttelisten. Etter minst 18 måneder kan trinnprisene reduseres ytterligere (SLV, 2018d). Tabell 1 viser hvordan kutt-satsene er avhengig av omsetning. Apotekene er pliktige til å ha minst ett legemiddel tilgjengelig til trinnpris innen hver byttegruppe. Statens legemiddelverk har anslått at besparelsen som følge av generisk bytte og trinnprissystemet er på to milliarder kroner i året, hvor 75 prosent av besparelser tilfaller folketrygden og 25 prosent pasientene (SLV, 2018d).

Tabell 1: Trinnprissystemet

(SLV, 2018d)

Omsetning før generisk konkurranse	1. trinnpriskutt (umiddelbart)	2. trinnpriskutt (etter 6mnd)	3. trinnpriskutt (tidligst etter 18 mnd)
Under 100 mill. kroner	35 %	59 %	Omsetning > 15 mill. kroner: 69%
Over 100 mill. kroner	35 %	81 %	Omsetning > 30 mill. kroner: 88 %
Omsetning > 100 mill. kroner			90 %

2.3.3 Refusjonsordningen

Reseptpliktige legemidler gis på ulike resepter, der noen av de kan være refusjonsberettiget. Hvis man har en kronisk sykdom som medfører at man trenger legemidler eller medisinsk utstyr i minst 3 måneder av året, kan man ha krav på å få dette på blå resept (Apotek 1, 2018b). H-resepter (helseforetaksresepter) er resepter på legemidler som skal brukes utenom sykehus, men som blir heldekket av helseforetaket (Apotek 1, 2017). Hvit resept brukes som regel når man trenger medisin for en kort periode, og disse legemidlene dekkes av kunden selv. I noen tilfeller får man dekket utgifter til legemidler på hvit resept gjennom

bidragsordningen, men denne ordningen blir gradvis avviklet fra 1. januar 2018 (Helfo, 2018).

Under blåreseptordningen dekker staten hele eller deler av kostnadsbeløpet for legemidler dersom de ulike vilkårene for blå resept er oppfylt (Helsedirektoratet, 2018b). Når man henter ut legemidlet på resept må man betale en egenandel. Her ser vi bort ifra h-resept, da den blir heldekket. Pasientens egenandel i 2018 er 39 prosent av apotekets utsalgspris. Når man har betalt opp til egenandelstaket, og nådd frikortgrensen på 2258 kr, skal ikke pasienten betale mer i egenandel. Dersom pasienten selv velger et legemiddel med en pris høyere enn trinnpris, må forskjellen mellom trinnpris og legemidlets pris betales av pasienten. Pasientens eventuelle ekstra betaling for mellomlegget, hvis man velger original, vil ikke inngå i beregningsgrunnlaget for frikort (Apotekforeningen, 2018e).

2.3.4 Parallellimport

Parallellimport er import av legemidler via et annet land, parallelt med import direkte fra produsenten. Grunnlaget for parallellimport er at prisene på legemidler varierer mye fra land til land. Ved å kjøpe legemidlene der de er billigst, kan importøren tilby en lavere pris, eventuelt oppnå større fortjeneste, enn ved å kjøpe dem direkte fra produsent (SNL, 2009). Parallellimport er mest aktuelt for patentbeskyttede legemidler med høy salgsverdi (Legemiddelindustrien, 2015). Parallellimporterte legemidlers andel av totalomsetningen i Norge er generelt lav. Det lave nivået kan forklares med at prisene på legemidler i Norge har sunket, og legemiddelprisene i Norge er generelt på et lavere nivå i forhold til resten av Europa (Legemiddelindustrien, 2018).

3. Teoretisk forankring

3.1 Vertikal produkt differensiering

Vertikal produkt differensiering innebærer at alle konsumenter foretrekker et gitt produkt fremfor et annet når prisen på de to er den samme (Tirole, 1988). Prisen på et produkt av lav kvalitet må være lavere enn på et produkt med høy kvalitet dersom konsumenten skal velge å kjøpe det. Man kan dra paralleller til legemiddelindustrien der originallegemidlet kan oppfattes som høykvalitetsprodukt, mens det generiske kopiproduktet kan oppfattes som lavkvalitetsprodukt. Dalen, Furu, Locatelli og Strøm (2010) argumenterer i sin forskning for at sluttbrukeren hadde kjøpt originalmedisin hvis det ikke eksisterte prisforskjeller. Med bakgrunn i vertikal produkt differensieringsteorien ønsker vi å se på om konsumenten mener at original kan oppfattes som høykvalitetsprodukt, mens det generiske kopiproduktet kan oppfattes som lavkvalitetsprodukt.

Varemerkets lojalitet er av særlig betydning i dette markedet da leger ikke har økonomiske insentiver til å la pris påvirke deres valg av medisin eller holde seg oppdatert på generiske nykommere. Originalmedisinen drar nytte av eksklusivitetsperioden før generikamedisinen entrer markedet, og kan opparbeide seg et lojalitetsforhold i løpet av patentperioden (Brekke, 2015). For enkelte pasienter kan det være problematisk å akseptere generiske legemidler med forskjellig navn, farge og utseende selv om det er medisinsk likeverdig. På grunn av manglende informasjon og usikkerhet rundt generika vil noen sluttbrukere fortsette med originalmedisin (Dalen et al., 2010). I motsetning til å fokusere på hvilket virkestoff en trenger, kjøper forbrukeren medisin etter hvilket navn som står på pakken. Lojaliteten kunder har til merkevarer kan føre til at en velger original selv om det finnes et likeverdig og rimeligere alternativ. I påfølgende avsnitt analyseres det hvordan opplevd kvalitet og pris påvirker valget mellom de ulike produktene på legemiddelmarkedet. Avsnittene bygger videre på Brekke (2017) sin fremstilling av vertikal produkt differensieringsteori.

Markedet illustreres med to ulike produsenter; en original og en generisk. Produsentene tilbyr medisinsk likeverdige produkter, med det forutsettes at produktene oppfattes ved ulik kvalitet av sluttbrukerne. I dette markedet vil det originale legemidlet (O) oppfattes ved høy kvalitet og generika (G) ved lav. Kvalitet i dette eksempelet måles som θ , og vi forutsetter $\theta_O > \theta_G$.

Produsenten av høykvalitetsproduktet kan velge å beholde opprinnelig pris, eller senke prisen ved å bli med på en priskonkurranse når generiske nykommere entrer markedet. Sluttbrukerens betalingsvilje for kvalitet er gitt ved b , som er uniformt fordelt i intervallet $[0, 1]$. Konsumentene har ulik betalingsvilje, og prisen er gitt ved e som utgjør egenandelen av preparatprisen. Konsumenten vil velge det produktet som gir høyest nytte u . Nytten defineres ved:

$$U_O = \theta_O * b - e_O \quad \text{dersom } i = O \quad (3.1)$$

$$U_G = \theta_G * b - e_G \quad \text{dersom } i = G \quad (3.2)$$

Konsumenten baserer valget mellom original og generika på hvilket av preparatene som gir høyest nytte ut i fra kvalitet og egenandelen som må betales. Enkelte oppfatter at høyere pris er positivt korrelert med høyere kvalitet. Forskjellen i egenandel er like for pasientene. Pasienter som har høy betalingsvillighet for kvalitet vil velge original, mens de med lav betalingsvillighet vil velge generika. Dette forutsetter igjen at forskjellen i oppfattet kvalitet er lik mellom pasientene. Om prisen var lik ville et rasjonelt valg vært å velge høykvalitetsproduktet. Det kan også oppstå et tilfelle hvor konsumenten er indifferent til prisen, dette illustreres som grensetilfellet:

$$u_O = u_G \quad (3.3)$$

$$\theta_O * b - e_O = \theta_G * b - e_G \quad \leftrightarrow \quad b = \frac{e_O - e_G}{\theta_O - \theta_G} \quad (3.4)$$

Konsumentene har enhetsetterspørsel og kjøper derfor en enhet av produkt O eller G (Sandanger, 2012, s.50). Ved å anta at alle sluttbrukerne kjøper et preparat, kan man utlede etterspørselen (D_i) etter preparatene:

$$D_O = 1 - b \quad D_O = 1 - \frac{e_O - e_G}{\theta_O - \theta_G} \quad (3.5)$$

$$D_G = b \quad D_G = \frac{e_O - e_G}{\theta_O - \theta_G} \quad (3.6)$$

Av likningene kommer det frem at en økning av prisen på originalmedisin gir en reduksjon i etterspørselen etter originalmedisin og en økning i etterspørselen etter generikamedisin.

Dersom kvalitetsforskjellen øker vil etterspørselen etter originalmedisin øke. Vi antar en gitt marginalkostnad c og lar i indikere hvorvidt medisinen er original eller generisk og får følgende profittfunksjon:

$$\pi = (P_i - c)D_i \quad (3.7)$$

Bedriftene setter prisene simultant og uavhengig av hverandre, da hver bedrift ønsker å maksimere sin profitt. Følgende responsfunksjoner vil uttrykke bedriftens profittmaksimering:

$$P_O^R(P_G) = \frac{1}{2} \left[\frac{\theta_O - \theta_G}{\beta} + P_G + c \right] \quad (3.8)$$

$$P_G^R(P_O) = \frac{1}{2} [P_O + c] \quad (3.9)$$

Responsfunksjonene viser hvordan profittmaksimerende pris (p) avhenger av preparatets marginalkostnad, kvalitetsforskjeller, egenbetalingssats og prisen på det konkurrerende preparatet (Brekke, 2017). Prisene er strategiske komplementariteter, siden hver bedrift vil øke sin pris dersom konkurrenten øker sin. Vi antar videre at prisene settes simultant. Ved å løse reaksjonfunksjonen over finner man likevekstprisene:

$$p_O = \frac{2(\theta_O - \theta_G)}{3\beta} + c \quad (3.10)$$

$$p_G = \frac{(\theta_O - \theta_G)}{3\beta} + c \quad (3.11)$$

Prisene vil stige ved økt kvalitetsforskjell, og synke ved mindre forskjell i kvalitet. De vil også øke ved stigende marginalkostnader og redusert egenandelssats. Videre setter vi inn uttrykkene for p_O og p_G i produsentens etterspørselsfunksjoner for å utlede etterspørselen. Likevekstprisene og kvantum for begge preparatene settes inn i profittfunksjonen:

$$D_O = \frac{2}{3} \quad \text{og} \quad D_G = \frac{1}{3} \quad (3.12)$$

$$\pi_O^* = \frac{4}{9\beta} (\theta_O - \theta_G) \quad \text{og} \quad \pi_G^* = \frac{1}{9\beta} (\theta_O - \theta_G) \quad (3.13)$$

Profittfunksjonene viser at opprettholdelse av kvalitetsforskjeller vil være en fordel for begge aktører. Egenandelssats og profitt er negativt korrelert, lavere egenandelssats medfører høyere priser, og derav økt profitt. Det viser hvorfor vi forventer å se prisforskjeller mellom original og generika.

3.2 Atferdsøkonomi

Mennesker bruker ofte pris som en proxy for kvalitet, som resulterer i en positiv korrelasjon mellom pris og produktpreferanser, også kjent som «pris-kvalitet» heuristisk. Dette kan ses i sammenheng med hvordan en kan oppfatte at originalmedisin er av høyere kvalitet på grunn av prisforskjellen. Gneezy, Gneezy og Lauga (2014) har utviklet en referanseavhengig modell som viser forholdet mellom pris og kvalitet basert på data fra tre eksperimenter gjennomført på en vingård. Forskerne foreslår at høyere pris setter høyere forventning til produktet, noe som fungerer som referansepunkter. Tidligere forskning viser at konsumentenes produktpreferanser er positivt korrelert med pris (Allison og Uhl, 1964; Plassman et al., 2008). Gneezy et al. (2014) bygger videre på denne forskningen og fremstiller et teoretisk rammeverk som omhandler forventningene folk har til et produkt før det konsumeres. De ser på i hvilken grad konsumet av produktet oppfyller disse forventningene, og hvordan dette påvirker evalueringer konsumenten gjør seg etter bruk av produktet. I likhet med at konsumentene i denne studien har en forventning om vin, vil pasienter ha en forventning om medisinen de bruker. Et viktig moment for bruk av pris-kvalitet heuristikker er at det er veldig vanskelig for en gjennomsnittlig konsument å vurdere kvaliteten. Dette vil være tilfellet med både vin og legemidler. Når det gjelder legemidler er pasienten avhengig av eksperthjelp av lege og farmasøyter.

Konsumentens individuelle erfaring med originalmedisin har stor påvirkning på etterspørselen (Bairoliya, Karaca-Mandic, McCollough og Petrin, 2017). Konsumentbias mot generika avhenger typisk av erfaring. Kvaliteten av generiske produkter oppfattes i utgangspunktet til å være dårligere, og dette kan endres gjennom erfaring ved bruk av generika. Disse oppfatnings-biasene har en langvarig effekt på generisk substitusjon. Apotek og lege kan gjennom informasjonsdeling være med på å fjerne disse biasene. Jo mer informasjon konsumenten har om generisk bytte desto mer øker sannsynligheten for at de velger generika (Bronnenberg, Dube, Gentzkow og Shapiro, 2015).

3.3 Tidligere studier

Dalen et al. (2010) ser på hvordan ulike faktorer påvirker bytte. Datasettet bestod av resepter på 23 forskjellige virkestoff som ble hentet ut mellom februar 2004 og 2006 i Norge. Resultatene viser at både lege- og pasientkarakteristika, samt prisforskjellen og eventuelt mellomlegg mellom original og generika har stor påvirkning på generisk substitusjon. En ytterligere faktor de trekker frem er betydningen apotek har på valg av medisin. Apoteket kan påvirke gjennom formulering og hvordan de presenterer muligheten for bytte for pasienten. Alder kan ha en innvirkning på valg av bytte. Det er mindre sannsynlighet for at eldre velger generika. Vi ser også at yngre leger skriver ut flere resepter på generika enn eldre. Et annet funn var at jo større prisforskjellen er, jo større sannsynlighet er det for at pasienten velger generika. Valget påvirkes også av hvor lenge generika har vært på markedet, ved at salget øker med tiden (Dalen et al., 2010). En studie utført av Jøsendal (2018) viste at prisdifferansen mellom originallegemiddelet og det generiske alternativet hadde en negativ sammenheng med pasientreservasjon. Vi undersøker hvor stor prisforskjellen må være for at konsumenten velger generika. Dunne og Dunne (2015) viser i sin studie at høyt utdanningsnivå er positiv korrelert med valg av generika. Folk med lavt utdanningsnivå vil generelt ha høyere grad av mistillit til generika.

En undersøkelse av Kjønneksen et al. (2005) viste en klar sammenheng mellom medisinbytte og det at pasienten husket at legen hadde informert om generisk bytte. Forskerne hevder at hvis økning av generisk bytte er ønskelig må leger, apotekpersonale og myndigheter samarbeide aktivt og koordinert om å gi bedre informasjon. Studien undersøkte også hvor mye prisforskjellen må være for at en er villig til å bytte. For egen besparelse var medianen 51–100 kroner. En studie av Wijk et al. (2006) viser at det å lære kunder om generisk bytte fører til at pasienten sier ja til generisk bytte oftere.

Ulike studier er utført for å undersøke tilliten pasienten har til lege sammenlignet med farmasøyter. Schommer et al. (2006) fant ut at pasienter i større grad stoler på legen sin. De er ikke klar over kompetansen og kunnskapen farmasøytene har. Studien viser også at yngre pasienter er mer åpne for den informasjonen farmasøyten gir.

4. Metode

Formålet med dette kapittelet er å beskrive det metodiske rammeverket som ligger til grunn for utredningen. Vi har valgt å gjennomføre en spørreundersøkelse for å kartlegge hvordan ulike faktorer påvirker valget om generisk bytte. Funn fra spørreundersøkelsen vil bli brukt til å besvare problemstillingen. I dette kapittelet blir det redegjort for valg av forskningsdesign, forskningstilnærming og metode. Videre følger en begrunnelse for studiens utforming, datainnsamling, utvalg og distribuering. Avslutningsvis vil en vurdering av forskningskvalitet, begrensninger ved metode og etiske betraktninger legges frem.

4.1 Forskningsdesign

Forskningsdesign vil legge føringer for hvordan utredningens datainnsamlingsprosess og dataanalyse skal gjennomføres (Saunders, Lewis og Thornhill, 2015). Vi har valgt deskriptivt design da vi ønsker å se på sammenhenger mellom flere variabler. Gjennom en spørreundersøkelse ønsker vi å avdekke korrelasjoner, og studere hva som henger sammen med beslutningen om generisk bytte. Tidligere forskning av blant annet Dalen et al. (2010), Kjønneksen et al. (2005) og Jøsendal (2018) studerer hvordan ulike variabler har en sammenheng med hvilket preparat pasienten henter ut på apoteket. Vi har valgt noen av våre variabler på bakgrunn av deres studier og inkludert egne variabler for å avdekke nye sammenhenger. Noen av variablene vi har inkludert er oppfattet kvalitet, virkning, prisforskjell og påvirkning av lege og apotek. Vi analyserer blant annet respondentenes oppfatning av virkningen av generika og sammenligner med i hvor stor grad de velger å bytte.

Hensikten er å gi en statistisk beskrivelse av populasjonen utvalget er trukket fra ved innsamling av kvantitative data. Med begrensning i tid vil data samles inn ved et tidspunkt, derfor utføres en tverrsnittsundersøkelse. Dette designet vil gi et øyeblikksbilde og det er vanskelig å kartlegge utvikling over tid. Med tilgang på ny informasjon og erfaring ved bruk av generika vil en kunne endre meninger over tid. Dette kan for eksempel skje ved at apoteket informerer og konsumenten får mer kunnskap om generika.

4.2 Forskningstilnærming

Studien har en deduktiv tilnærming som brukes for å teste holdbarheten til allerede eksisterende litteratur. Deduktiv tilnærming innebærer at en ut i fra eksisterende litteratur identifiserer teorier og hypoteser som testes ved hjelp av et datamateriale. Man beveger seg fra teori til empiri, og formålet er å bekrefte eller avkrefte antagelser som testes ved hjelp av et datamateriale (Jacobsen, 2015). Med bakgrunn i empiri har vi utviklet egenkonstruerte variabler som vi undersøker gjennom en spørreundersøkelse for å bekrefte teoriene. En forutsetning er at det foreligger et relevant teoretisk utgangspunkt for det som skal studeres og at hensikten er å teste om den foreliggende teorien er holdbar (Grønmo, 2015).

4.3 Forskningsmetode

Vi har brukt et deduktivt design med den kvantitative metoden spørreundersøkelse for å besvare problemstillingen. Ved statistisk bearbeiding av datasettet kvantifiserte vi dataene til numeriske data. Kvantitativ metode passer for studier som ønsker data fra et stort antall respondenter, og som søker å kunne generalisere resultatene (Saunders et al., 2015). Med spørreundersøkelse kan vi stille de samme spørsmålene til et forholdsvis stort utvalg personer. Vi ønsker å kartlegge hva som kjennetegner de som reserverer seg mot i bytte. Metoden gir også mulighet til å utføre ulike statistiske analyser. Vi utfører regresjonsanalyser med henholdsvis de som velger original og de som velger generika som avhengige variabler. På den måten kan vi se hvordan valget henger sammen med en rekke uavhengige variabler.

4.4 Datainnsamling

4.4.1 Utforming av spørreundersøkelse

Valg av undersøkelsesmetode avhenger av hvilke data vi trenger for å belyse problemstillingen. Spørreundersøkelse egner seg da vi har tids- og ressursbegrensninger. Det gjør det enklere å innhente data fordi den kan deles på internett, og når ut til mange. Dette hjelper oss med å oppnå geografisk spredning og et stort utvalg. Ved å utforme en spørreundersøkelse kan vi inkludere egenkonstruerte variabler som gir oss unike data. Dermed kan vi avdekke nye sammenhenger. Ved selvutfyllingsskjema er det relativt

usannsynlig at respondentene gjør noe for å tilfredsstille forskeren eller fordi de tror at visse svar er mer sosialt ønskelige (Dillman, Smyth og Christian, 2014). Anonymitet og konfidensialitet kan bidra til at flere er villige til å svare som vil gi oss høyere responsrate. Undersøkelsesmetoden gir også mer ærlige svar da forskeren ikke kan påvirke respondentene, noe som øker forskningskvaliteten.

Utformingen av spørsmålene og svaralternativene er viktig for å forhindre mulige fallgruver som kan redusere påliteligheten i undersøkelsen. Vi bruker et strukturert spørreskjema med nedskrevne alternativer, som øker sannsynligheten for at respondentene gjennomfører undersøkelsen, ettersom det er mer tidkrevende å uttrykke seg selv skriftlig ved åpne spørsmål (Johannessen, Tufte og Christoffersen, 2016). For å maksimere gjennomføringsgraden ble en fremdriftslinje brukt slik at respondentene til enhver tid kan se hvor mye som er igjen av spørreundersøkelsen.

Måleinstrumentene er ulike typer spørsmål, hvor dette spørreskjemaet har spørsmål som er lukkede (Ringdal, 2013). Målet med spørreundersøkelsen er å dekke alle aspekter ved problemstillingen. Spørreskjemaet innledes med å avdekke demografiske variabler. Spørsmålene videre kartlegger informasjon og påvirkning av lege og apotek. Ved å spørre om respondentene velger original eller generika, deles respondentene inn i to grupper hvor påfølgende spørsmål er direkte rettet mot deres valg. Undersøkelsen avsluttes med spørsmål om oppfattet forskjell på preparatene, samt vurdering av kvalitet og virkning.

Vi ønsker at respondentene oppfatter spørsmålene tilnærmet likt, og at det ligger en felles forståelse bak ord og begreper som benyttes i spørsmålsstillingen. Det er viktig å unngå ledende spørsmål og uforståelige formuleringer. Vår spørreundersøkelse inneholder begreper som oppfatning, virkning og kvalitet, og det kan være en utfordring knyttet til reliabilitet da respondentene kan ha ulike oppfatninger av disse begrepene. Dette kan være på bakgrunn av erfaring, kunnskap og bivirkninger ved tidligere bruk, som kan påvirke deres syn på det generika.

For å få et mer presist og korrekt svar av respondentene er det viktig å redusere antall målenivå. Da vil en unngå at respondentene velger et av de øverste svaralternativene eller angir et tilfeldig svar. For å unngå målefeil er det også en forutsetning at vi har med svaralternativet *vet ikke* i spørreskjemaet. Da vil respondentene alltid ha en utvei om en ikke klarer å svare på spørsmålet. Introduksjonsteksten til spørreskjemaet informerer om generisk

substitusjon, samt formålet og innholdet i undersøkelsen. En fordel med nettskjema er at man kan inkludere filterspørsmål. Et spørreskjema med filterspørsmål gjør at det hoppes over de spørsmålene som ikke angår respondenten. Dette øker sannsynligheten for at undersøkelsen blir fullført og fører til en bedre struktur i spørreskjemaet.

4.4.2 Populasjon, utvalg og distribuering

Populasjonen i vår studie er brukere av reseptpliktige medisiner i Norge. Vi avgrenser til de som fysisk er på apoteket og kan ta et aktivt valg om bytte, ikke pasienter som er innlagt på helseinstitusjon. På bakgrunn av ressursbegrensninger var distribuering av spørreundersøkelsen i hovedsak internettbasert. Den ble publisert på Facebook og delt i ulike Facebookgrupper. Det er flere yngre sammenlignet med eldre som bruker sosiale medier. Derfor forventes det å gi et utvalg som ikke er fullstendig representativt demografisk, men kan gi oss viktige indikasjoner. I tillegg til distribusjon over internett delte vi ut undersøkelsen på apotek i Bergen sentrum. Dette ble gjort for å øke andelen eldre i utvalget.

4.4.3 Respondenter

Etter endt spørreundersøkelse hadde vi et nettoutvalg bestående av 337 respondenter. Undersøkelsen ble påbegynt av 360 respondenter, noe som gir en gjennomføringsgrad på 94 prosent. 62,02 prosent av respondentene i utvalget var under 34 år. En av grunnene til skjev aldersfordeling kan være at undersøkelsen i hovedsak ble distribuert på Facebook. For å oppnå en jevnere aldersfordeling har vi stått på apotek og distribuert spørreundersøkelsen. 75,07 prosent av respondentene var kvinner. En av grunnene til at majoriteten av respondentene var kvinner var at vi i hovedsak brukte vårt eget nettverk da spørreundersøkelsen ble distribuert. Tall fra legemiddelindustrien viser at det er flere kvinner enn menn som benytter reseptpliktige legemidler (Legemiddelindustrien, 2018).

4.4.4 Prestudie

Før det endelige spørreskjemaet ble distribuert ble det gjennomført en pilotundersøkelse. Dette er en uformell undersøkelse hvor hensikt er å forbedre spørreskjemaet. Det gir oss mulighet til å rette opp eventuelle tvetydige spørsmål, samt forbedre svaralternativene. Undersøkelsen ble sendt til venner og bekjente med ulik alder og bakgrunn. Det var viktig for oss å få tilbakemeldinger både fra personer som er åpne for bytte, og de som konsekvent velger originalmedisin. Dette var for å teste oppbyggingen av spørreundersøkelsen med

filterspørsmål, slik at spørreskjemaet fungerte for de ulike gruppene. Tilbakemeldingen gikk på at vi manglet svaralternativ under spørsmålet *“i avgjørelsen mellom originalmedisin og generika, hva valgte du?”* Det er ikke alltid en får tilbud om bytte. Det kan komme av at det ikke finnes et generisk alternativ til originalmedisinen eller at apoteket er tomt for generika. For å ta hensyn til dette, inkluderte vi svaralternativene *“jeg fikk ikke tilbudet, men hadde valgt original/generika.”*

4.5 Forskningskvalitet

4.5.1 Reliabilitet

Reliabilitet handler om hvorvidt vi kan stole på resultater og troverdigheten til datamaterialet (Saunders et al., 2015). En trussel mot reliabilitet er spørsmålsformuleringer som kan oppfattes som ledende slik at respondenten blir påvirket av dette, fremfor å oppgi opplysninger om faktisk atferd. Som tidligere nevnt har vi har utført en prestudie for å imøtekomme denne utfordringen. Slik fikk vi testet formuleringene, og tilbakemeldingene ga oss indikasjoner på at vi ikke har ledende spørsmålene. Med spørreundersøkelse unngår man intervju effekt, som gjør at det kan være lettere for respondenten og svare ærlig fordi man ikke blir påvirket av en intervjuer. Det opplyses om konfidensialitet og respondenten vil ikke være identifiserbar. Dette reduserer sannsynligheten for at respondentene tilbakeholder informasjon eller svarer for å tilfredsstille forskeren. For å samle inn primærdata er det brukt en tverrsnittsundersøkelse, og en kan derfor ikke være sikker på om målingene hadde vært like om undersøkelsen var utført på et annet tidspunkt.

4.5.2 Validitet

Ekstern validitet refererer til hvorvidt studiens funn kan generaliseres og overføres til andre relevante kontekster (Saunders et al., 2015). Det vil si at resultatet kan gjelde for andre enn de som ble undersøkt. For å oppnå et generaliserbart utvalg vil det kreve tid og ressurser. Som følge av liten utvalgsstørrelse kan den eksterne validiteten i vår studie reduseres. Det er en fare for at vi kan ha mistet spesifikke grupper som er interessante. Dette problemet knytter seg først og fremst til frafall av enheter. Eksempler på disse gruppene kan være de som ikke ønsker å svare på spørreundersøkelse på internett, eller eldre som ikke bruker nett. Dette kan gjøre at utvalget blir mindre representativt for populasjonen vi studerer.

I et spørreskjema refererer begrepsvaliditet til hvilken grad et sett av spørsmål faktisk måler de fenomenene de er ment til å måle, og ikke andre variabler (Saunders et al., 2015). Prestudiet vi utførte i forkant av den ferdige spørreundersøkelsen ble utført for å oppnå høy grad av begrepsvaliditet. På denne måten fikk vi tilbakemeldinger på om begrepene var mulig å forstå og ikke ble tolket feil. En av de store utfordringene vi står ovenfor når vi bruker spørreskjemaer med faste svaralternativer, er å sikre at spørsmålene måler de fenomenene vi faktisk ønsker å undersøke (Jacobsen, 2015). Første form for validering er å sjekke at respondentene mener begrepene høres meningsfulle ut, som ble gjort gjennom prestudien. Jo flere som er enige i at spørsmålene virker gode, desto sikrere kan vi være på at vi måler det riktige fenomenet.

En årsak til lav intern validitet kan være at man ikke har tatt høyde for en bakenforliggende årsak, som påvirker både forklaringsvariabelen og den variabelen som forklares. Dette kalles utelatt variabelskjevhet. Sammenhengen er spuriøs om hele eller deler av sammenhengen mellom uavhengige og avhengig variabel er forårsaket av én eller flere tredjevariabler som er utelatt fra analysen, dette forklares nærmere i kapittel 5.

4.6 Begrensninger ved metode

En begrensning ved kvantitativ metode er at det kan være vanskelig å gå i dybden som gjør at man kan gå glipp av informasjon som ikke kan tallfestes. Det kan være vanskelig å innhente tilleggsinformasjon da spørreundersøkelse ikke gir mulighet til å stille oppfølgingsspørsmål. Om det er andre variabler som påvirker konsumenten, som for eksempel sykdommens alvorlighetsgrad eller antall resepter vil dette være lettere å kartlegge gjennom et dybeintervju. Spørreundersøkelsen kan fortelle oss om konsumenten har hatt dårlig erfaring med generika, men vi får ikke vite om dette er på grunn av allergier eller feilmedisinering. Ved å gjenta tverrsnittundersøkelsen kunne vi fått et bedre tolkningsgrunnlag. Spørreundersøkelsen kartlegger oppfatninger og meninger på et gitt tidspunkt, og resultatene er derfor lite overførbare til senere tidspunkt. En kan tenke seg at oppfatningene vil endres over tid dersom konsumenten blir utsatt for mer informasjon eller erfaring om generisk bytte.

Spørreundersøkelser skaper utfordringer når det gjelder lave svarprosjenter og frafall av respondenter. For å minimere problemet med mangelfull utfylling var det ikke mulig for respondenten å gå videre uten å velge et svaralternativ. Lukkede spørsmål gjør

spørreskjemaet rigid og lite fleksibelt. Svaralternativene kan oppleves som en “tvangstrøye”, og det er viktig å inkludere relevante svaralternativer. Eventuelle forurensninger av respondentenes svar vil redusere dataens pålitelighet. Vi har inkludert svaralternativet *vet ikke* for å imøtekomme dette problemet. I motsetning til intervju kan det i spørreskjema være utfordrende å være sikker på at respondenten tolker ord og uttrykk på samme måte, da forskeren ikke har kontroll over hvordan spørsmålene oppfattes (Johannessen et al, 2016). Spørreundersøkelsen inneholdt tre spørsmål for å kartlegge respondentens oppfatning av kvalitet og virkning. En utfordring ved bruk av subjektive mål kan være at respondentene oppfatter begrepene ulikt som kan være vanskelig å måle.

4.7 Etske betraktninger

Etske prinsipper som konfidensialitet, informert samtykke og ivaretagelse av forskningssubjektene sin integritet er viktig å overholde i enhver studie. Respondentene ble kontaktet på en profesjonell og forsvarlig måte. Vi understreket at opplysningene ble behandlet konfidensielt og at deltakelsen var frivillig. Det er ikke mulig å identifisere respondentene ved at de ikke oppgir noen personopplysninger. Med det sikrer vi at retningslinjer for behandling av personvernopplysninger blir overholdt. Linken til spørreskjemaet var en anonym link som gjør at identifiserende informasjon som navn eller e-postadresse ikke ble samlet. Ved å distribuere spørreskjema på internett, i motsetning til personlig intervju, unngår en at respondenten blir påvirket av forsker. Dette gir liten intervju effekt og opplevd anonymitet.

5. Analyse

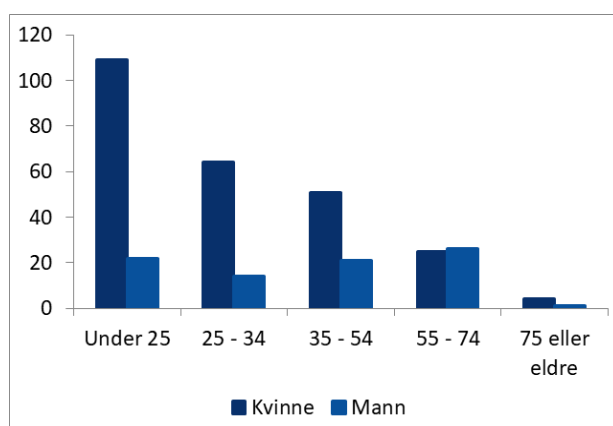
I dette kapittelet gjennomgås resultater fra spørreundersøkelsen og analyse av datasettet. Avslutningsvis diskuteres svakheter ved analysen. Diskusjon av resultatene blir presentert i kapittel 6.

5.1 Datagrunnlag

Primærdata ble samlet inn gjennom en spørreundersøkelse laget i Qualtrics. Den endelige utvalgsstørrelsen ble 337 respondenter. Datasettet ble bearbeidet i Excel før vi utførte analysene i statistikkprogrammet STATA⁴. For at utvalget skal kunne fortelle oss noe om populasjonen vi studerer, er det viktig at den enkelte variabel ikke har missing-verdier. 23 responser ble slettet fra datagrunnlaget fordi de var ufullstendige. For at resultatene fra regresjonsanalysene skal være pålitelige, er det viktig at variablene vi benytter i analysene er kodet riktig. Variabler på nominalnivå regnes i 1 og 0, hvor 1 betyr at man har variabelens egenskap, og 0 er referansekategorien. Vi lagde et dummysett av noen variabler⁵.

5.2 Resultater fra spørreundersøkelsen

Kjønn- og aldersfordeling



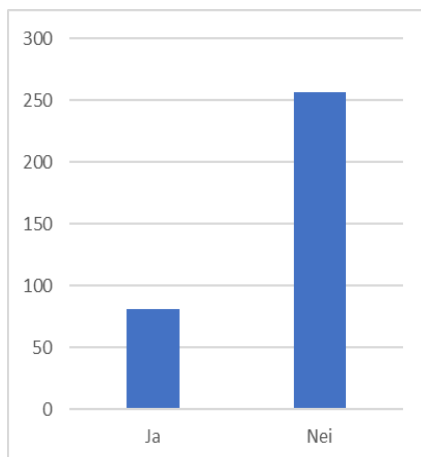
Figur 6: Kjønn og alder.

⁴ Utgitt av StataCorp LP.

⁵ Dummysett ble utviklet for variablene «kjønn», «grunnen til valget av original», «forskjell mellom generika og original» og «grunnen til valg av generika».

Figur 6 viser en oversikt over kjønn- og aldersfordeling av respondentene. Vi ser at 62 prosent er under 34 år. 75 prosent av respondentene er kvinner. “75 år eller eldre” er den minste gruppen. Resultatene viser at av kvinner og menn var det omtrent like stor andel som valgte generika, henholdsvis 56 prosent av kvinnene og 54 prosent av mennene.

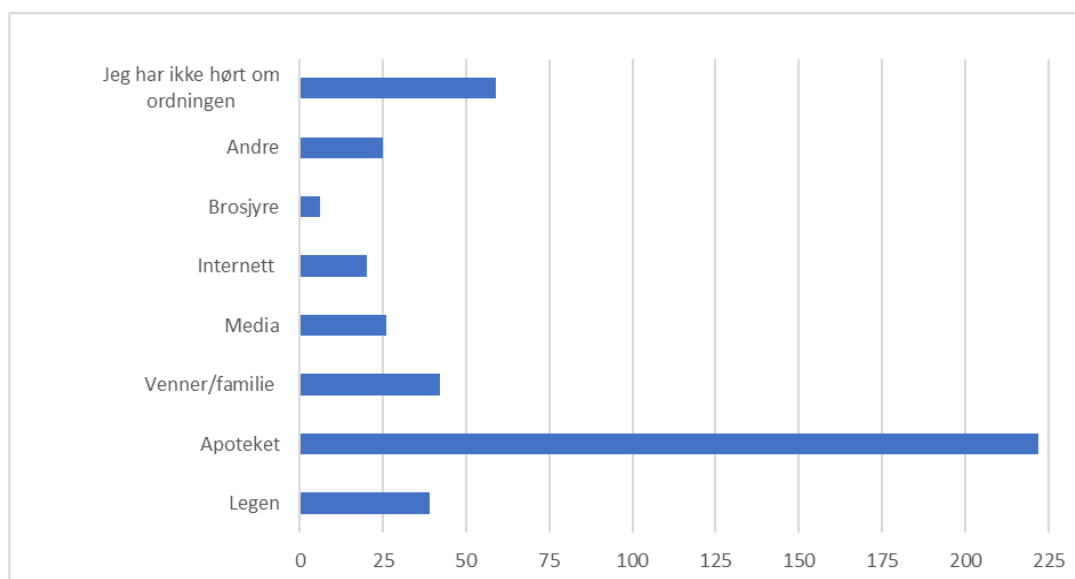
Jobb i helsesektoren



Figur 7: Jobb i helsesektoren.

Vi ser at 81 av respondentene jobber i helsesektoren. Jobb innenfor helsesektoren kan påvirke synet man har på generisk bytte. Empiriske studier viser at sannsynligheten for å velge generika øker med informasjon (Bronnenberg et al., 2015). I hovedsak vil mer informasjon gjøre at man er mer kjent med ordningen og hva et bytte vil innebære. Dermed bør de være klar over at det er det samme virkestoffet i begge medisinene, og at det frigjør ressurser som kan brukes til andre helseformål i Norge. På en annen side trenger ikke det faktum at en jobber i helsesektoren bety at en er mer kjent med generisk bytte. Helsesektoren er stor, og innebærer yrker som ikke jobber direkte med legemidler.

Informasjonskilde

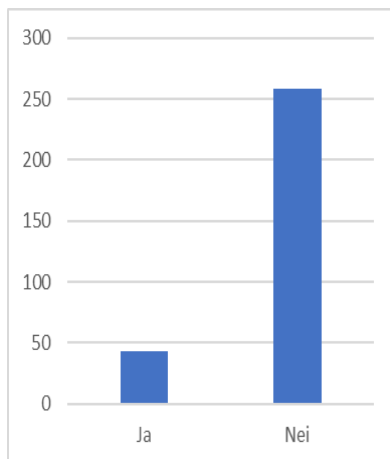


Figur 8: Informasjonskilde.

Vi ser at 222 av 337 respondenter svarte at de fikk høre om ordningen gjennom apoteket. Apotekene har omtrent en million samtaler med pasienter årlig for å forklare hva generisk bytte er (Apotekforeningen, 2017d). I oktober 2018 har det pågått en “Inni er de like”-kampanje. Kampanjen er spredt i brosjyrer og på sosiale medier, men den viktigste delen foregår på apoteket (Apotekforeningen, 2018c). Kun 6 av 337 respondenter fikk vite om ordningen gjennom brosjyrer. Dette viser at det er en liten del av utvalget som har fått med seg denne kampanjen gjennom disse brosjyrene. Spørreundersøkelsen ble besvart i oktober, dermed kan noe av grunnen være at brosjyrene ikke var der ved deres siste apotekbesøk.

Vi ser at 59 respondenter ikke har hørt om ordningen. Det er 39 respondenter som har fått vite om ordningen gjennom legen. Statens legemiddelverk og apotekene har hovedansvaret for gjennomføringen av bytteordningen, men som lege kan man også bidra til et trygt likeverdig bytte (SLV, 2018b). Om pasienten hører om generika for første gang av legen og ikke på apoteket, kan dette føre til mer åpenhet og mindre skepsis. Det omhandler også formuleringene legen og apoteket velger å legge.

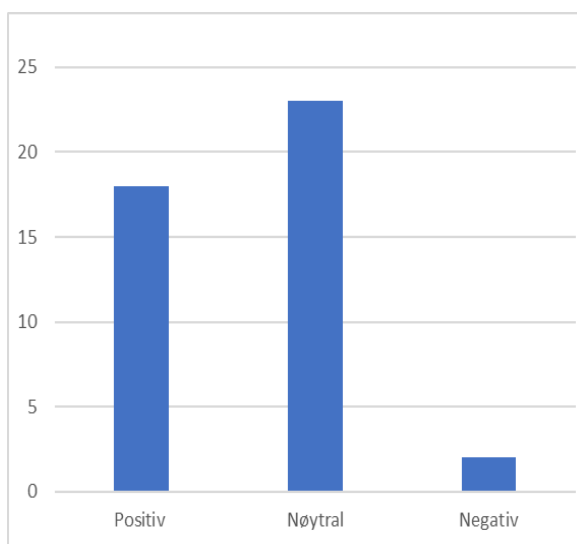
Informasjon fra lege



Figur 9: Informasjon fra legen.

Vi ser at 43 respondenter svarte at de har fått informasjon om muligheten til generisk bytte av legen. Dette stemmer med svarene over, hvor det var 39 respondenter som hadde hørt om ordningen fra legen. Det var 259 som svarte *nei* og ikke hadde fått informasjon. Legen bør garantere pasienten at man alltid får den behandling som er bestemt, selv om man bytter til generika. Av de som fikk informasjon fra lege valgte flere generika, men vi ser ikke en signifikant forskjell fra de som valgte original.

Holdningen til legen

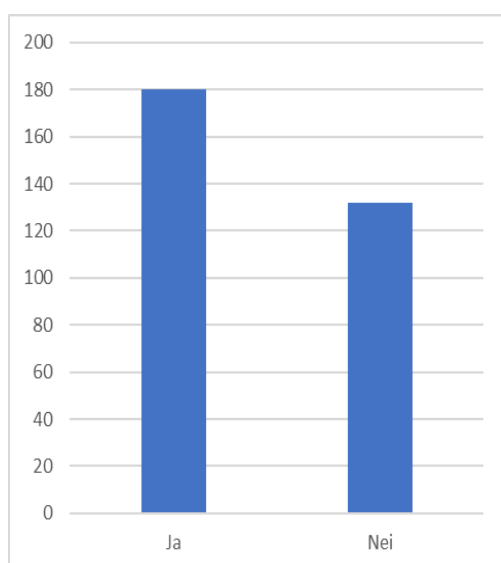


Figur 10: Holdningen til legen.

Spørsmålet om holdningen til legen var et oppfølgingsspørsmål til de som svarte at de hadde fått informasjon fra legen. 18 respondenter svarte at legen var *positiv* til bytte og 2 svarte

legen hadde *negativ* innstilling. Resterende 23 respondenter svarte at holdningen var *nøytral*, som vil si at legen stiller seg verken positiv eller negativ til bytte. Blant de som har sagt at legen hadde en positiv holdning, er det flere som har valgt generika enn original. Holdningen til legen er viktig fordi pasienter ofte har stor tillit til legen sin. Apotekbarometeret for 2017 avdekker at 59 prosent har svært høy tillit til legene (Apotekforeningen, 2017b). Legenes holdninger kan endre pasientens syn på generika, og de kan derfor ha stor påvirkningskraft. Hvis ikke legen reserverer seg mot bytte står pasienten fritt til å velge mellom generika og original. Uten informasjon fra lege kan pasienten være kritisk til et eventuelt bytte.

Informasjon fra apoteket

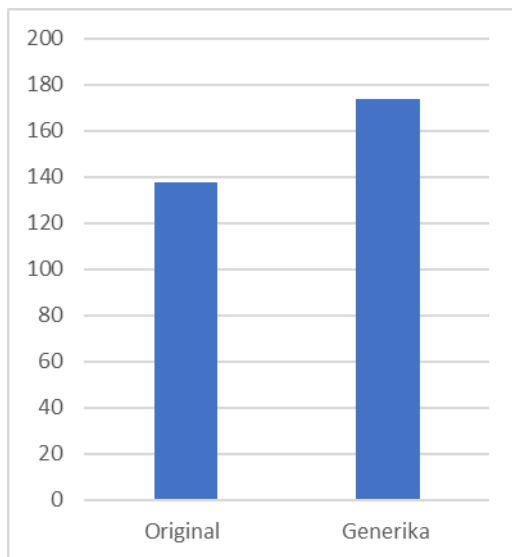


Figur 11: Informasjon fra apoteket.

Respondentene ble også spurt om apoteket informerte om generisk bytte. Resultatene viser at flere respondenter har blitt informert på apoteket enn av legen. Hele 180 respondenter svarte *ja* i motsetning til 43 som svarte at legen hadde informert om bytte.

Myndighetene har pålagt apotekene å alltid tilby det rimeligste legemiddelet (Apotekforeningen, 2017d). Vi får ikke undersøkt om grunnen til at respondenten svarte *nei* på dette spørsmålet er fordi det ikke fantes et generisk alternativ til det resepsbelagte midlet som ble hentet ut på apoteket. En annen grunn til at de ikke informerte om generisk bytte kan være at pasienten har generisk resept. Av de som fikk informasjon fra apotek valgte 105 respondenter generika.

Valget mellom original og generika



Figur 12: Fordelingen mellom valg av original eller generika.

Spørsmålet hadde 5 svaralternativer; *original*, *generika*, *jeg fikk ikke tilbudet med hadde valgt original*, *jeg fikk ikke tilbudet men hadde valgt generika* og *vet ikke*. 25 respondenter svarte *vet ikke*. Vi referer til respondentene som valgte original eller hadde valgt original som originalgruppen og de resterende, som har eller hadde valgt generika som generikagruppen. I valget mellom generika og original svarte 174 at de ville valgt generika og 138 original. Våre tall fra spørreundersøkelsen viser at 52 prosent ville valgt generika.

Årsakene til valget av generika

Tabell 2: Årsakene til valget av generika.

Svaralternativ	Antall
Det er billigere å velge generika	125
Apoteket foreslo at jeg kunne velge generika	73
Legen foreslo at jeg kunne velge generika	7
Legen sa det var like bra	13
Apoteket sa det var like bra	82
Venner eller familie har rådet meg til å velge generika	2
Det var tomt for originalmedisin på apoteket	10

Spørsmålet om årsaken til valget av generika var et filterspørsmål, og er bare besvart av de 174 som valgte å bytte til generika. Her var det mulig å velge flere svaralternativer. Vi ser at den største pådriveren for å bytte var at generika er et billigere alternativ. 125 respondenter

valgte dette svaralternativet. Gjennomgående i analysen ser vi at både lege og apotek har påvirkningskraft. 73 svarte at en årsak var at apoteket foreslo et bytte, og 82 svarte at apoteket sa det var like bra. Det var 7 som svarte at årsaken var at legen foreslo det, 13 svarte at legen sa det var like bra som original. Dette stemmer med tidligere spørsmål der vi ser at flere har fått informasjon fra apoteket enn legen. Bare 2 respondenter sa at en årsak var at venner eller familie rådet dem til å bytte.

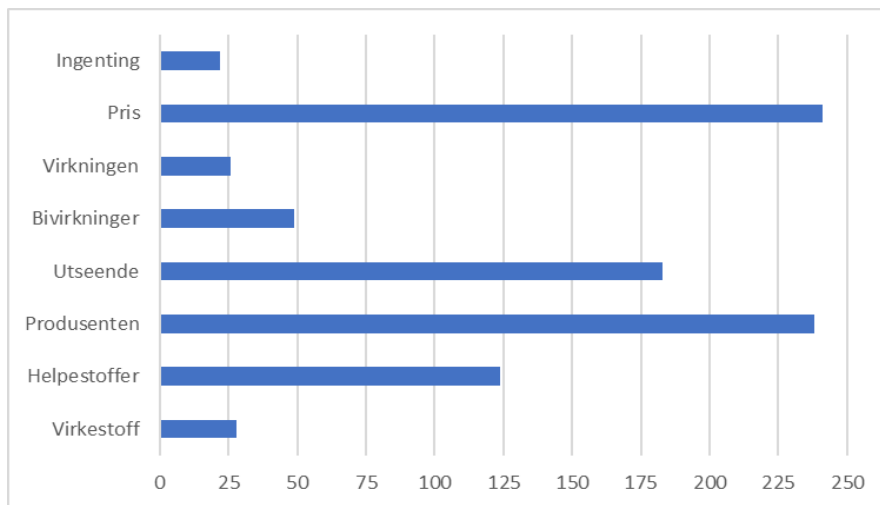
Årsakene til valget av original

Tabell 3: Årsakene til valget av original.

Svaralternativ	Antall
Prisforskjellen er for liten	26
Det finnes ikke generika til medisinen jeg bruker	14
Jeg tror ikke at generika virker like bra som originalmedisinen	26
Jeg vet for lite om muligheten til å velge generika	32
Jeg har hatt dårlige erfaringer med å bytte	28
Venner eller familie har rådet meg til å velge original	6
Jeg vil ha det jeg pleier å bruke	60
Jeg er imot generisk bytte	10

De 138 respondentene som svarte at de velger originalmedisin ble videre spurt om grunnen for valget. Det var mulig å velge flere svaralternativer. 26 respondenter svarte at en medvirkende faktor var at prisforskjellen mellom de to preparatene var for liten. Vi ser av tabellen at det var 26 som svarte at årsaken var at *en ikke tror generika viker like på som original*. At medisinen har dårlig virkning kan bety at de mener den ikke virker like bra sammenlignet med originalpreparatet, at den ikke gir like god effekt. Dette viser at oppfatningen av kvalitet på generika er lav hos disse respondentene. Dette er forskjellig fra dårlig erfaring, da dårlig erfaring kan komme av for eksempel bivirkninger. Det var 28 respondenter som svarte at grunnen til valget var dårlig erfaring med å bytte. Dårlig erfaring indikerer at respondentene faktisk har prøvd et generisk alternativ og hatt en negativ erfaring. Det kan hende at medisinen ikke fungerte mot sykdommen, men dette trenger ikke å være i sammenheng med at det er et generisk alternativ. Risikoen for at medisinen ikke fungerer vil være tilstede uansett preparat. Den dårligere erfaringen fører til at de får en negativ holdning til generisk bytte. 60 respondenter *vil ha det de pleier å bruke*, som er originalpreparatet. Dette kan tyde på at disse respondentene vil velge original uansett pris.

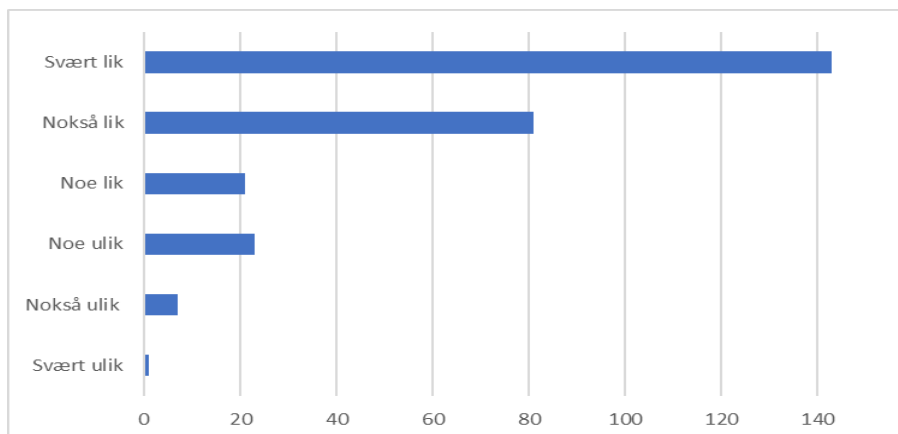
Forskjellen mellom generika og original



Figur 13: Forskjellen mellom generika og original.

Her ble respondentenes oppfatning av forskjellen mellom generika og originalmedisin kartlagt, og det var mulig å velge flere svaralternativer. 241 respondenter svarte at *pris* skiller generika fra original. Det vil si bare 72 prosent. Man skulle tro at flere ville valgt dette svaralternativet siden generika per definisjon er et rimeligere alternativ, og dette er forklart i infoteksten i starten av spørreundersøkelsen og ved tidligere spørsmål. Dette gir indikasjoner på at respondentene ikke har tilstrekkelig med informasjon om generika. 238 respondenter svarte at *produsent* skiller preparatene, og 183 svarte *utseende*. *Virkning*, *bivirkninger* og *virkestoff* kan ses i sammenheng med kvaliteten av produktet. Det er omtrent like mange som har valgt virkestoff som virkningen. Resultatene tyder på at respondentene har manglende informasjon om hva som skiller medisinene fra hverandre.

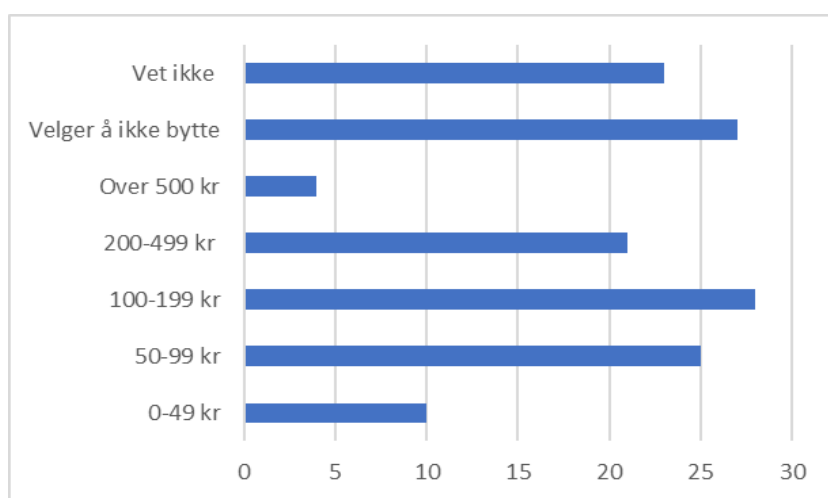
Kvalitetsforskjell



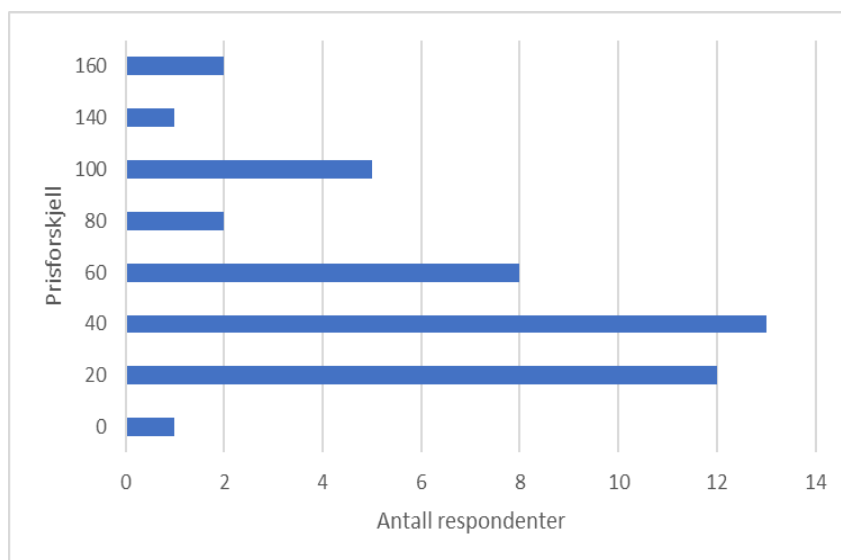
Figur 14: Kvalitetsforskjell.

På spørsmålet om hvordan en oppfatter kvaliteten på generika sammenlignet med original svarte 143 respondenter *svært lik*. 73 prosent av respondentene svarte at kvaliteten er *svært*, *nokså-* eller *noe lik*. Dette er et interessant tall å sammenligne med andelen som valgte generika, som var på 52 prosent. Dette tyder på at valg av bytte innebærer mer enn bare oppfatningen om kvalitetsforskjell. En større andel mener generika har tilsvarende lik kvalitet, men velger likevel original.

Prisforskjell



Figur 15: Prisforskjell i originalgruppen.



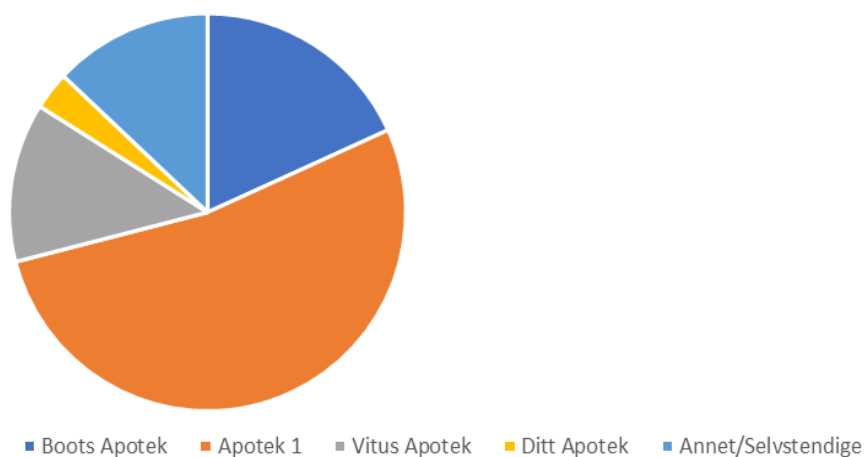
Figur 16: Prisforskjell i generikagruppen.

På figur 15 har de som valgte original svart hvor stor prisforskjellen må være for at de av økonomiske hensyn velger generika. Dette spørsmålet ble besvart av de 138 respondentene som svarte at de ville valgt original. 25 respondenter svarte at prisforskjellen må ligge

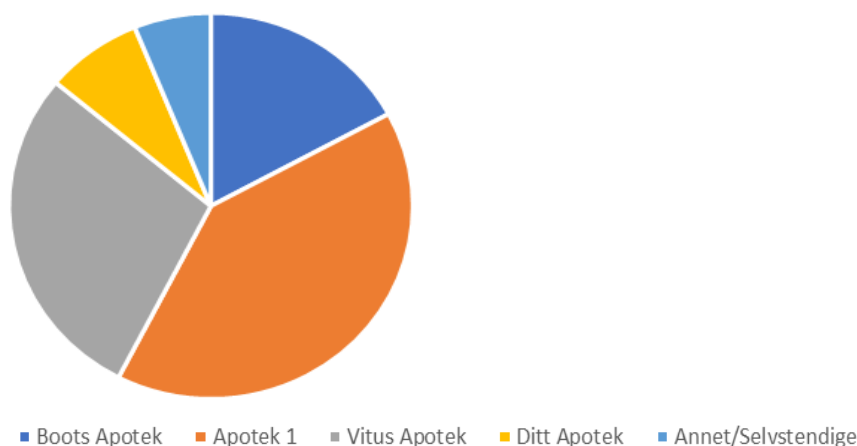
mellom 50-99 kroner, 28 svarte 100-199 kroner og 21 svarte 200-499 kroner. Dette er grensen på hva prisforskjellen minst må være. 35 respondenter har oppgitt at de bytter dersom prisforskjellen er 99 kroner, dette vil øke markedsandelen med 10 prosent. 20 prosent av de som velger original har svart at de ikke velger å bytte uansett prisforskjell og er uelastiske. Dette kan gi en indikasjon på at pris ikke har innvirkning på avgjørelsen. Noe som er vanskelig å måle er hvor stor prisdifferansen er i forhold til prisen på originalmedisinen. Vi får derfor ikke målt hva slags påvirkning dette har på valg av bytte. Dersom man sparer 50-99 kroner på et lavt priset produkt er det større sannsynlighet for å bytte, i motsetning til om man sparer 50-99 kroner på et høyt priset produkt. For sistnevnte kan det hende at besparelsen ikke er betydelig nok for å bytte.

På figur 16 har de som valgte generika svart på spørsmålet om de ville valgt original istedenfor generika dersom prisforskjellen ble mindre enn den er i dag. Dette var et filterspørsmål, hvor respondentene som svarte *ja* på spørsmål om “hvis prisforskjellen mellom generika og original blir mindre ville de fortsatt valgt generika?” kom hit. Derfor var det et fåtall respondenter som svarte på dette spørsmålet. Vi ser at de fleste svarte 40 kroner eller 20 kroner og gjennomsnittet ligger på 54 kroner.

Apotekfordeling



Figur 17: Apotekfordelingen i spørreundersøkelsen.



Figur 18: Apotekfordeling i Norge

(Apotekforeningen, 2018d)

Figur 17 viser at apotekfordelingen blant respondentene i undersøkelsen. Vi ser på offentlige tall i figur 18 fra apotekforeningen at dette samsvarer i stor grad med resultatet i vår studie (Apotekforeningen, 2018d).

5.3 Empirisk analyse

I denne delen presenteres resultater fra regresjonsanalysen. Delkapittelet introduseres med en fremstilling av regresjonsmodellene som er benyttet for å fremskaffe resultatene. Avslutningsvis diskuterer vi svakheter ved analysen.

5.3.1 Regresjonsanalyse

For å belyse problemstillingen og undersøke om det er en sammenheng mellom variablene, foretas regresjonsanalyser. I følgende analyser brukes variablene *original* eller *generika* som avhengig variabel. Vi benytter oss av den enkleste typen regresjonsanalyse, *Ordinary least squares* (OLS). For å undersøke om det foreligger sammenhenger mellom variablene i analysen benyttes lineær multippel regresjon. Videre bruker vi ujustert R som et mål på forklaringskraften. Funksjonen *robust* blir brukt for å ta hensyn til gruppevis heteroskedastisitet. Tabellene har robust standardavvik i parentes. I følgende analyser vil vi vurdere hvor stor forklaringskraft de ulike uavhengige variablene har på den avhengige variabelen. I regresjonsanalysene merkes resultatene med én- (*), to- (**) eller tre- (***) stjerner for signifikansnivå på henholdsvis 5,0 %, 1,0 % eller 0,1 %.

5.3.2 Forutsetninger for regresjonsanalyse

I metodelitteraturen opereres det ofte med en del forutsetninger for en korrekt spesifisert regresjonsmodell. Dette håndterer vi ved å kalkulere standardfeil som tar hensyn til dette. Vi forutsetter at alle relevante x-variabler⁶ er tatt med. Videre forutsetter man at det ikke er noen statistisk interaksjon mellom de uavhengige variablene, og at sammenhengen mellom de uavhengige og den avhengige variabelen er lineær (Tjønndal, 2018). Vi har valgt *original* og *generika* som avhengig variabel, fordi det er dette vi ønsker å studere nærmere. De uavhengige variablene i regresjonen er valgt fordi vi har grunn til å tro at de påvirker den avhengige variabelen. Dette er basert på tidligere forskning, teori og logiske slutninger.

En forutsetning for lineær regresjon er at det er ingen korrelasjon mellom uavhengige variabler og feilledet. Uavhengige variabler som korrelerer med residualledet i modellen er korrelerte med én eller flere variabler utenfor modellen som påvirker den avhengige variabelen. I vår analyse kan utelatt variabel skjevhet være en svakhet. Dette er variabler som er utelatt men som kan påvirke både forklaringsvariabelen, og den variabelen som forklares. I vår modell kan disse være blant annet hvilken sykdom pasienten har og alvorlighetsgraden av sykdommen. Pasienten kan være mindre villig til å bytte til generika om sykdommen er av en alvorlig grad. Man vil være sikker på at medisinen virker. Alvorlighetsgrad kan være subjektivt, noe som gjør det lite målbart. Prisen på medisinen kan også være en medvirkende faktor. For noen vil det være lite hensiktsmessig å bytte til generika hvis prisen på originalmedisin i utgangspunktet var under 100 kroner. Antall resepter kan ha en påvirkning da det kan være enklere å bytte om en bare har én resept i motsetning til 15. Med mange resepter kan det være fare for feilmedisinering. Ved å kombinere originalmedisin og generika kan det være vanskelig å holde oversikt over medisinene. Hvor ofte du henter ut resepter kan også være en medvirkende faktor ved at en blir eksponert for informasjonen fra farmasøytene gjentatte ganger, som kan gjøre at en blir mer åpen og positiv til et eventuelt bytte.

⁶ Uavhengige variabler.

5.3.3 Resultater fra regresjonsanalyse

Vi har utført regresjoner med både *generika* og *original* som avhengig variabel. Den avhengige variabelen *original* inneholder respondenter som valgte eller hadde valgt original. Den avhengige variabelen *generika* inneholder respondenter som valgte eller hadde valgt generika. På spørsmålet om valget mellom original og generika svarte 25 respondenter *vet ikke*. Vi har valgt å utføre regresjonene to ganger med original og generika som avhengig variabel. Dette er fordi vi ikke vil at de som svarte *vet ikke* skal påvirke resultatene. Vi har et sett med uavhengige variabler som vi ser på i sammenheng med valg av original og generika. Regresjonene er delt i 4 deler.

Alder, kjønn, utdanning og informasjon fra lege

Tabell 4: Regresjonsanalyse med alder, kjønn, utdanning og informasjon fra lege.

	Original		Generika	
Alder				
25 - 34	0,05	(0.07)	0,01	(0.07)
35 – 54	0,13	(0.07)	-0,07	(0.07)
55 – 74	0,12	(0.09)	-0,01	(0.09)
75 eller eldre	-0,02	(0.22)	0,09	(0.23)
Under 25 (refereansekategori)	0	(.)	0	(.)
Utdanning				
Annet	0.48*	(0.20)	-0.66***	(0.06)
Grunnskole	0,34	(0.17)	-0,28	(0.17)
Universitetet-/høyskole 1-3 år	0.21**	(0.07)	-0.18*	(0.07)
Universitetet-/høyskole 4 år +	0,09	(0.07)	-0,13	(0.08)
Videregående skole (referansekategori)	0	(.)	0	(.)
Kjønn				
Kvinne (refereansekategori)	0	(.)	0	(.)
Mann	-0,04	(0.07)	-0,06	(0.07)
Fått informasjon fra lege				
Ja (refereansekategori)	0	(.)	0	(.)
Nei	-0,03	(0.09)	-0,04	(0.08)
Vet ikke	-0,03	(0.12)	-0,09	(0.12)
Constant	0.21*	(0.10)	0.72***	(0.10)
Observations		337		337
R ²		0,05		0,046

Standard errors in parentheses

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Vi har utført to regresjoner med variablene *alder*, *kjønn*, *utdanning* og hvorvidt pasienten har fått informasjon om muligheten for generisk bytte av legen som uavhengige variabler, og *original* og *generika* som avhengig variabel. Hensikten er å se om demografiske variabler har en sammenheng med valg av preparat.

Regresjonen med *original* som avhengig variabel viser at respondenter med bachelorgrad velger original i 42 % av tilfellene. Empiri viser til forventningen om at høy alder er negativt korrelert med valg av generika, og høyt utdanningsnivå vil være positivt korrelert med valg av generika. Vi ser ingen sammenheng mellom kjønn og valg av original, dette kommer mest sannsynlig av skjev kjønnsfordeling. Resultatene viser at respondentene i aldersgruppen 35-54 år velger original i 34 % av tilfellene. Dette er ikke veldig ulikt fra aldersgruppen 55-74 år, hvor respondentene velger original i 33 % av tilfellene. En person som ikke har fått informasjon fra legen velger original i 18 % av tilfellene. 77 % av respondentene fikk ikke informasjon fra legen, og dette utgjør en stor andel av utvalget.

Vi har utført en regresjon med de samme variablene med *generika* som avhengig variabel. Dalen et al. (2010) viser i sin studie at yngre ofte velger generika fremfor original da de er mer åpne for ny informasjon. Våre analyser viser at for aldersgruppen 25-34 år blant generikagruppen velges generika i 73 % av tilfellene. Dette kan vi sammenligne med originalgruppen hvor respondentene i aldersgruppen 25-34 år velger original i 26 % av tilfellene. Dunne et al. (2015) viser i sin studie at det er en sammenheng mellom høyt utdanningsnivå og valg av generika. Dette ser vi i våre resultater da respondentene med høyere utdanning (bachelor) velger generika i 54 % av tilfellene. Regresjonen viser at menn velger generika i 66 % av tilfellene. En person som har ikke har fått informasjon fra legen velger generika i 68 % av tilfellene. De uavhengige variablene forklarer den avhengige variabelen med en forklaringskraft på 4,6 %.

Oppfattet forskjell og kvalitetsrangering

Tabell 5: Regresjonsanalyse med oppfattet forskjell og kvalitetsrangering.

	Original		Generika	
Kvalitetsrangering				
Svært lik	-0.30***	(0.07)	0.26***	(0.07)
Nokså lik (referansekategori)	0	(.)	0	(.)
Noe lik	0,04	(0.11)	-0,16	(0.10)
Noe ulik	0,17	(0.11)	-0,15	(0.10)
Nokså ulik	0,07	(0.16)	-0,06	(0.15)
Svært ulik	0,04	(0.09)	-0.20*	(0.09)
Vet ikke	-0,02	(0.09)	-0,08	(0.08)
Forskjell				
Virkestoff	-0,07	(0.09)	0,01	(0.08)
Hjelpestoffer	0,05	(0.05)	0	0,05
Produsenten	-0,06	(0.07)	0.18**	(0.07)
Utseende	0,05	(0.06)	-0,01	(0.06)
Bivirkninger	0.16*	(0.07)	-0,12	(0.08)
Virkningen	0.32***	(0.08)	-0.21 *	(0.08)
Pris	-0.21***	(0.06)	0.14*	(0.06)
Ingenting	-0.21 *	(0.08)	0.37***	(0.08)
Vet ikke	-0,02	(0.10)	0,08	(0.09)
Constant	0.65***	(0.08)	0.22**	(0.08)
Observations		337		337
R ²		0,282		0,282

Standard errors in parentheses

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

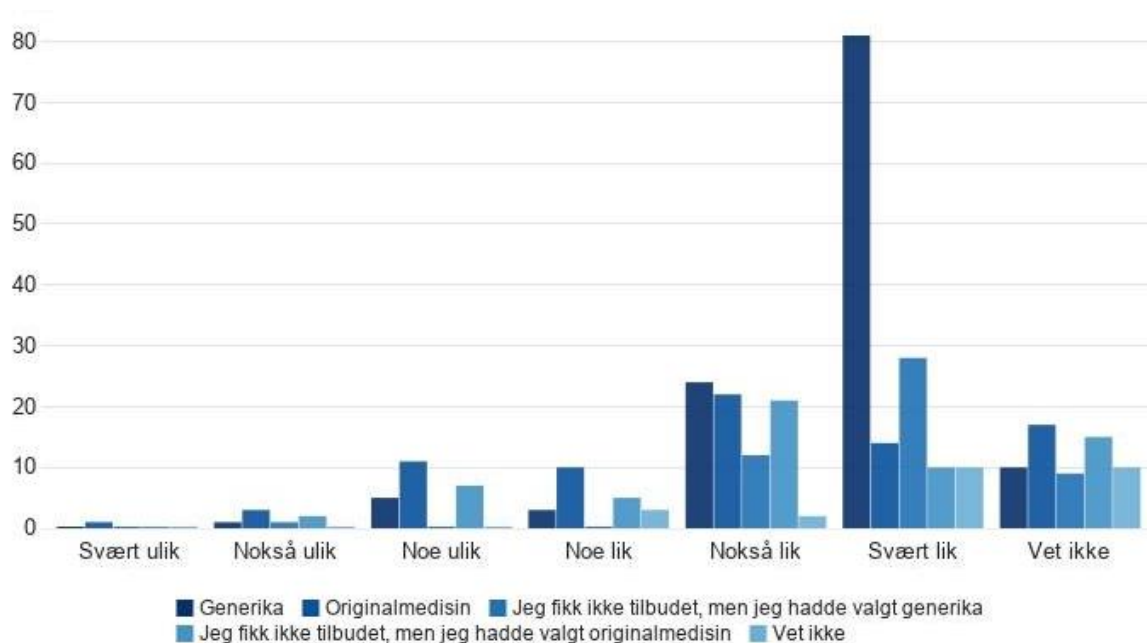
En regresjonsanalyse ble utført for å se på hva respondentene mener skiller generika og original, og hvordan de rangerer kvaliteten på generika, sammenlignet med original, påvirker hva de velger.

For regresjonen med *original* som avhengig variabel ser vi at svaralternativet *svært lik* er signifikant på 0,1 % nivå på spørsmålet om kvalitetsrangering. Tabellen viser at de som svarer *svært ulik* velger original i 69 % av tilfellene, mens de som mener kvaliteten er *svært lik* velger original i 35 % av tilfellene. Dette tyder på at kvalitetsoppfatning har mye å si for valg av preparat. De som synes kvaliteten er svært ulik velger original fremfor generika i større grad. Videre har vi undersøkt sammenhengen mellom hva respondentene mener er forskjellen mellom preparatene, og valg av original. Svaralternativene *pris* og *virkning* er signifikant på 0,1 % nivå på spørsmålet om hva som skiller preparatene. Respondentene som

tror *virkning* er forskjellig mellom preparatene velger original i 97 % av tilfellene. Virkestoffet i begge preparatene er likt, derfor kan resultatene tyde på at noen velger original fordi de har misoppfatninger om hva generikapreparatet faktisk inneholder. Respondenter i originalgruppen som mener pris er forskjellen velger original i 44 % i tilfellene.

Videre ser vi på regresjonen med *generika* som avhengig variabel. Svaralternativet *svært lik* på spørsmålet om kvalitetsforskjell mellom generika og original er signifikant på 0,1 % nivå. De som mener kvaliteten er *svært lik* velger generika i 48 % av tilfellene. På spørsmålet om hva som skiller preparatene ser vi at svaralternativene *produsent* og *ingenting* er signifikant på henholdsvis 0,1 %- og 10 % nivå. *Pris* og *virkning* er signifikant på 5 % nivå. Tabellen viser at *ingenting* er viktigere enn *pris*. De som sier at ingenting skiller preparatene velger generika i 59 % av tilfellene. På dette spørsmålet var det mulig å velge flere svaralternativer, og vi ser at de som har svart ingenting også har svart andre alternativer. Man kan tenke at ingenting betyr at preparatene er helt like, nesten identiske. Det er 12 respondenter som har svart *ingenting* som eneste svaralternativ. Det virker naturlig at de tenker er at prisen ikke er en del av forskjellen, og at virkning er viktigere enn prisforskjell. De har en annen tolkning av ingenting enn det vi trodde. 10 stykker har svart flere svaralternativ, som *produsent*, *pris* og *utseende* i tillegg til *ingenting*. Ingen av de har valgt *virkning* eller *bivirkning* som et svaralternativ. Dette gir indikasjoner at de mener at ved å se bort ifra det ytre og pris er preparatene like, og med samme virkning. Vi ser også at 2 av de som svarte bare *ingenting* har valgt original. Respondentene ble også spurt hva de hentet ut resept for. Disse respondentene har svart at de hentet ut for allergi. En kan tenke seg at selv om de mener at ingenting skiller preparatene, velger de fortsatt ikke å bytte fordi dette kan være en allergimedisin de har gått på i mange år og som de vet at fungerer for dem. Dette kan vise til at disse respondentene vil ha det de pleier å bruke.

Respondentene som har svart at det er *ingen* forskjell mellom preparatene velger generika i 59 % av tilfellene. De som mener *virksningen* er forskjellig velger generika i 1 % av tilfellene. Generikagruppen har en høyere tiltro til virksningen av generika, og velger dermed generika i større grad. Preparatene har likt virkestoff og resultatene kan tyde på at generikagruppen har mer informasjon om forskjellen mellom preparatene.



Figur 19: Kvalitetsrangering og valg av preparat.

Figur 19 viser hvordan de som respektivt valgte generika og original sammenligner kvaliteten. Vi ser at 66 % av respondentene totalt, har svart *nokså lik* eller *svært lik*. Resultatene viser at de som velger generika mener kvaliteten er bedre enn de som velger original. 109 respondenter av generikagruppen mener kvaliteten er *svært lik*. På svaralternativene som indikerer at preparatene er av ulik kvalitet er det flest fra originalgruppen som har svart. Vi ser at 18 respondenter av originalgruppen mener kvaliteten er *noe ulik*. Av antall respondenter som valgte *vet ikke* på kvalitetsrangering, er det flest av originalgruppen med sine 32, i motsetning til 19 fra generikagruppen. Dette kan vise til at det er manglende kunnskap om generika.

Vi sammenligner resultatene fra regresjonen i tabell 5 med figur 15 (fra delkapittel 5.2) som viser hvor stor prisforskjellen må være for at originalgruppen velger generika. 35 respondenter har sagt at de velger generika dersom prisforskjellen er 99 kroner større enn den er i dag. Dette vil si at av de som valgte original vil 25 % flere velge generika med den prisforskjellen. Fra tabell 5 ser vi i originalgruppen at ved å gå fra *nokså lik* til *svært lik* vil 30 % av respondentene velge generika i dette tilfellet. Dette vil ha omtrent like stor virkning som endret prisforskjell. Ved at kvalitetsrangering til generikagruppen går fra *nokså lik* til *svært lik* vil andelen som velger generika øke med 26 %.

For de som tror *virksomheten* skiller preparatene i originalgruppen er det 30 % flere som velger original i motsetning til de som ikke har valgt dette svaralternativet. Hvis disse

respondentene hadde fått kunnskap om at virkningen av preparatene er den samme, hadde 30 % flere valgt generika. Dette har omtrent lik effekt som å øke prisforskjellen med 99 kroner (25 %). Vi må ta hensyn til utelatte variabler. Det kan være andre grunner enn at oppfatningen av at virkningen er forskjellig som gjør at respondentene velger original fremfor generika. De kan bli overbevist om at virkningen er lik, men det kan være andre faktorer som gjør at de fortsatt velger original. For noen vil det faktum at de har en alvorlig sykdom føre til at de er mindre villig til å bytte medisin fra det de pleier å bruke. Noen kan tro at preparatene har lik virkning, men at kvaliteten ikke er den samme. For eksempel at det er større risiko for feilproduksjon for generika fordi den har en lavere pris. Det er få respondenter som har svart *virkning*. Vi tror utvalget er representativt, men totalinnvirkningen vil være relativ liten. Med en kunnskap om at virkningen er lik det er potensiale for at 32 % flere velger generika.

Helsevesen og generika

Tabell 6: Regresjonsanalyse med helsevesen.

Jobb i helsevesenet	-0.17**	(0.06)
Constant	0.81***	(0.11)
Observations	337	
R ²	0,02	

Standard errors in parentheses

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

En lineær regresjon ble gjennomført med *jobb i helsevesenet* som uavhengig variabel og generika som avhengig. Dette ble gjort på bakgrunn av forventningen om at jobb i helsevesenet kan føre til at en har mer kunnskap om generika. 81 respondenter svarte at de jobber i helsevesenet. Våre analyser viser at jobb i helsevesenet og valg av generika er negativt korrelert. Dette viser at jobb i helsevesenet ikke øker sannsynligheten for at en velger generika.

Rangering av virkning

Tabell 7: Regresjonsanalyse med rangering av virkning.

	Original		Generika	
Rangering av virkning av generika				
Virkning = 1	0,19	(0.10)	-0.10*	(0.04)
Virkning = 2	0.25*	(0.12)	-0.10*	(0.04)
Virkning = 3 (refereansekategori)	0	(.)	0	(.)
Virkning = 4	-0,12	(0.07)	0	(0.05)
Virkning = 5	-0.21**	(0.06)	0.14*	(0.06)
Vet ikke	-0,13	(0.07)	0,03	(0.06)
Constant	0.27***	(0.06)	0.10*	(0.04)
Observations	337		337	
R ²	0,778		0,723	

Standard errors in parentheses

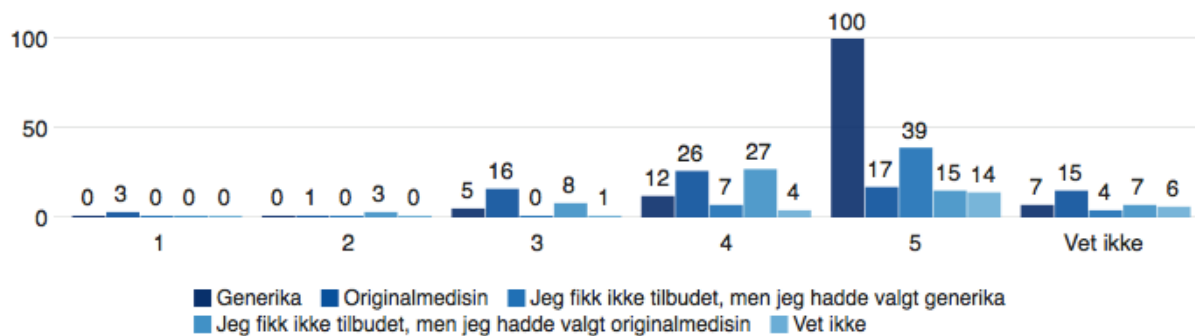
* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Det ble utført en regresjon med spørsmålet om rangering av *virkning*. Respondentene ble spurt om å rangere virkningen av generika sammenlignet med original fra 1 til 5, hvor 1=virker ulikt og 5=virker like bra. Hensikten var å se om det er en sammenheng mellom oppfattet virkning og hvilket preparat en velger. Resultatene viser at svaralternativet 5 signifikant på 10 % nivå for originalgruppen. For de som har gitt virkningen av generika karakteren 5 velger original i 6 % av tilfellene. Dette kan vi sammenligne med de som har gitt virkningen karakteren 1 og velger original i 46 % av tilfellene. Her ser vi at de som mener virkningen er dårligere velger original i større grad.

Den samme regresjonen ble utført med generika som avhengig variabel. På rangering av virkningen av generika ser vi at svaralternativene 1, 2 og 5 er signifikant på 5 % nivå. Vi ser at andelen som velger generika øker med jo høyere karakter de har gitt. De som velger karakteren 5 bytter til generika i 24 % av tilfellene. Andelen som velger generika synker dersom karakteren er under 3. Vi ser en forskjell på 24 prosentpoeng mellom de som svarte at virkningen er *svært lik* og *svært ulik*.

Det er vesentlig at konsumentene tror legemidlet fungerer for at de skal velge det ved et generisk bytte. Resultatene viser at de som velger generika i stor grad er av den oppfatning av at preparatet er av lik virkning, sammenlignet med original.

Figur 20 gir økt innsikt i hvordan de to gruppene har rangert virkningen av generika sammenlignet med original. Av de som har gitt karakter 3 eller 4 er det flere som har valgt originalpreparatet. Vi ser at 139 respondenter fra generikagruppen har gitt virkningen karakteren 5. Det er flere fra originalgruppen sammenlignet med generikagruppen som har valgt svaralternativet *vet ikke*. Denne forskjellen er ikke stor, men kan vise til at originalgruppen ikke har en klar formening om virkningen av generika.



Figur 20: Rangering av virkning og valg av preparat.

5.3.4 Svakheter ved analysen

For å utføre spørreundersøkelsen som analysen bygger på har vi brukt egenkonstruerte variabler. Bruk av egenkonstruerte variabler kan føre til at vi utelukker variabler som kan påvirke den avhengige variabelen. Potensielle utelatte variabler kan gi uriktig datagrunnlag og feilaktige resultater. Variabler som kan påvirke pasienten kan blant annet være sykdommens alvorlighetsgrad eller antall resepter. Utelatt variabel skjevhet er forklart nærmere i 5.3.2.

En annen svakhet ved analysen, som tidligere er gjennomgått, er bruken av subjektive mål av begrepene virkning og kvalitet. Respondentene kan ha ulik forståelse av begrepene, noe som gjør det vanskelig å måle. Kvalitet er et begrep man måler opp mot noe annet, og referansen man bruker kan være ulik. I spørsmålsformuleringen har vi skrevet at kvalitet og virkning skal sammenlignes med originalpreparatet. Dette er for å gi respondentene et mest mulig likt referansegrunnlag. Valg av variabler i analysen er i stor grad basert på tidligere forskning og foretatt på bakgrunn av hva som vil være mest hensiktsmessig for analysene som utføres for å besvare problemstillingen. I spørreundersøkelsen er det brukt filterspørsmål, som

resultater i få svar på noen av spørsmålene. Dette fører til at noen svaralternativer kan skille seg ekstra ut i regresjonen.

En begrensning ved analysen er at studien har et lite utvalg. Det er større sannsynlighet for at et lite utvalg er lite representativt, med en større utvalgsvariasjon. Det handler om måten vi trekker utvalget på, for å ikke få utvalgsskjevhet. Gjennomsnitt og prosenttall fra utvalget gir anslag for tilsvarende størrelser i populasjonen. Disse estimatene har feilmarginer som avtar med utvalgsstørrelsen. Estimer basert på store utvalg blir derfor mer presise enn de som er basert på små utvalg. Vi har et ikke-sannsynlighetsutvalg der man ikke kjenner sannsynligheten for enhver observasjon. Dette ble brukt av praktiske og økonomiske grunner, ved å velge nærmest tilgjengelige relevante personer. Slike teknikker er lettvinne, men gir ikke representative utvalg. Spesielle grupper, demografisk eller når det gjelder personlighet, kan bli overrepresentert.

Den relevante populasjonen er brukere av reseptpliktige legemidler i Norge. Tall fra Reseptregisteret viser at 3,6 millioner nordmenn benyttet reseptpliktige legemidler i løpet av 2016 (Legemiddelindustrien, 2018). Et skjevt utvalg kan ha innvirkning på resultatene. Det er store forskjeller i legemiddelbruket mellom ulike aldersgrupper. Befolkningen over 67 år bruker mer enn fire ganger så mange doser som de under 67 år. I gjennomsnitt bruker den eldste delen av befolkningen fire legemiddeldoser hver dag (Apotekforeningen, 2018g). Med 5 respondenter over 75 år er ikke dette representativt for eldre i vår populasjon. Med vårt datagrunnlag kan vi dermed ikke dra noen konklusjoner på hva som påvirker deres beslutninger. Vårt utvalg har en prosentandel på 75 prosent kvinner. Tall fra Reseptregisteret viser at flere kvinner enn menn benytter reseptpliktige legemidler, men dette tallet er 55 prosent (Legemiddelindustrien, 2018).

6. Diskusjon

I dette kapittelet drøftes funn fra analysen for å forsøke å besvare studiens problemstilling. Problemstillingen ble belyst ved hjelp av en spørreundersøkelse og testet for empirisk signifikans gjennom regresjonsanalyser. Diskusjonen baserer seg på det teoretiske rammeverket presentert i kapittel 2 og 3, samt resultatene fra analysen presentert i kapittel 5. I det påfølgende diskuteres de viktigste variablene og deres påvirkning på beslutningen om generisk bytte.

Pris

Pris er en medvirkende faktor for valget mellom originalpreparat og generikapreparat. Med bakgrunn i analysen ser vi at det må være en prisforskjell for at konsumentene velger å bytte, men det vil være individuelt og avhenge av hvor stor prisdifferansen er mellom det billigste legemiddelet og det legen har forskrevet. En økning i prisforskjell vil øke antallet brukere av generika, men vi ser at for noen vil ikke dette ha en påvirkning. Legemidler oppfattes som et nødvendighetsgode. Dette kan redusere den påvirkningskraften pris har.

Påvirkning av lege

Statens legemiddelverk og apotekene har hovedansvaret for gjennomføring av bytteordningen, men leger kan også bidra til et trygt likeverdig bytte (SLV, 2018b). At leger påvirker valg av generisk bytte ser vi i Kjønneksen et al. (2005) sin studie som viste en klar sammenheng mellom medisinsbytte og at pasienten husket at legen hadde informert om generisk bytte. Resultatene fra vår analyse viser at legen i liten grad informerte om ordningen. Dette kan være en medvirkende årsak til at man aktivt velger å la være å bytte.

Leger kan reservere seg mot bytte når det finnes medisinske grunner til det. Legens vurdering, forskrivning og kommunikasjon med pasienten har stor betydning for antall reservasjoner. Ved forskrivning av et legemiddel kan varemerkets lojalitet være av betydning i dette markedet, da leger ikke har økonomiske insentiver til valg av legemiddel. Leger skriver i stor grad ut navn på preparat de er fortrolig med, som ofte er originalpreparatet. Håkonsen og Toverud (2012) viser i sin studie at pasienten generelt foretrekker å få utlevert det legemiddelet som legen faktisk har forskrevet. Her konkluderes det med at økt involvering av legen er viktig for at generisk bytte skal bli akseptert. Legen bør garantere pasienten at man alltid får den behandlingen som er bestemt, selv om man bytter til generika. For å

redusere usikkerhet og misforståelser hos pasienten, bør legen forskrive virkestoffet. Ved generisk forskrivning og informere pasientene om ordningen, kan legen bidra til at flere velger det generiske alternativet.

Påvirkning av apotek

Resultater fra spørreundersøkelsen viser at en av årsakene til at konsumenter velger original er at de vet for lite om muligheten til å velge generika, og at de tror at generika ikke virker like bra som originalmedisin. Noe av det viktigste apoteket kan bidra med er å endre oppfatninger gjennom dialog med forbruker. Når det tilbys et generisk alternativ kan farmasøytene forklare om ordningen og hva byttelisten innebærer. Ved å legge vekt på hvilket virkestoff legen har forskrevet, og at medisinene som tilbys er likeverdige, kan dette bidra til å øke andelen som velger å bytte.

Faren for feilbruk ved kjøp av forskjellige generiske alternativer av det samme virkestoffet kan være grunnen til at noen reserverer seg mot bytte. Dette kan skje ved at pasienten handler på ulike apotek, og får utlevert forskjellige generiske preparater med ulike navn på samme resept. Derfor er farmasøytenes rolle viktig i slike sammenhenger, da informasjon kan hindre feilbruk. Med sin kompetanse har farmasøyten ansvar for å bidra til riktig legemiddelbruk.

Våre analyser viser at betydelig flere personer ble informert om generisk bytte på apoteket sammenlignet med legen. Resultatene viser en sammenheng mellom informasjon om generika og valg av medisin. Flere valgte generika fremfor original av de som fikk informasjon fra apotekpersonalet. Apotekbarometeret for 2017 sammenligner tillit til apotekene med tilliten til andre aktører i helsesektoren, herunder leger, og vi ser at apotekene kommer ut med klart høyest tillit. Det kan allikevel se ut til å være en utfordring for apoteket å formidle til forbrukeren om at det likeverdige alternativet til det foreskrevne preparat gir lik effekt (Apotekforeningen, 2018h).

Kvalitet og virkning

Gjennom vertikal produktdifferensieringsteorien ble det redegjort for momenter som taler for at konsumenter oppfatter generika som et lavkvalitetsprodukt sammenlignet med originalpreparatet. Dette gir en forventning om at oppfatning av kvaliteten til generika vil være lav blant konsumentene. Våre resultater viser derimot at mange mener generika har lik

kvalitet som original. 143 respondenter oppfatter kvaliteten på generika, sammenlignet med original, som *svært lik*. 77 prosent mener generika virker like bra eller nesten like bra som original. Andelen som velger generika er på 52 prosent. Dette viser at selv om mange av respondentene mener kvalitet og virkningen er tilsvarende lik, velger de fortsatt original. En av grunnene til dette kan være at de har vanskeligheter med å endre atferdsmønster. På spørsmålet om årsaken til hvorfor en velger original, var den største driveren: “*vil ha det jeg pleier å bruke*”. For enkelte pasienter kan det være vanskelig å akseptere generiske legemidler med forskjellig navn, utseende og smak. Som eksempel kan det nevnes at noen foretrekker at tabletten er drasjert, og at formen er avlang istedenfor rund, slik at den er enklere å svelge.

På spørsmål om hvilke forskjeller det er mellom det generiske og det originale legemiddelet, svarte 26 respondenter *virkning* og 28 respondenter *virkestoff*. Vi ser at det er tilnærmet like mange som har svart de to alternativene. Siden man kunne velge flere svaralternativer på dette spørsmålet kan det tenkes at det var de samme respondentene som krysset av for begge alternativene. Vi kan tenke at *virkning* og *virkestoff* er tilnærmet det samme og at disse variablene kan ses i sammenheng med kvalitet. Når det gjelder begreper som *kvalitet* og *virkning* vil respondentene tolke dette individuelt, noe som må tas i betraktning. Ved vurdering av kvaliteten til generika vil originalproduktet være referansepunktet. Respondentene kan være under den oppfatningen at for at medisinen skal være billigere, må innholdet være annerledes, og dermed av dårligere kvalitet. Noe av innholdet kan være annerledes, slik som hjelpestoffer, men disse respondentene kan være under oppfatningen at selve virkestoffet er annerledes og billigere, og derfor har dårligere kvalitet. For noen vil god kvalitet være synonymt med god virkning. At respondentene tror det er forskjell i virkningen av preparatene kan indikere på at de har en oppfatning om at medisinerne har ulik effekt og styrke, noe som ikke er tilfellet. Erfaring kan være en mulig bakgrunn for respondentens vurdering. Hyppig kontakt med apotek og lege kan gi økt kunnskap om generisk substitusjon. Dette kan igjen helt klart være en medvirkende faktor for legemiddelbrukerens oppfatning og valg.

En mulig forklaring på sammenhengen mellom informasjon og valg av generika finner vi i studier av blant annet Dalen et al. (2010) og Bronneberg et al. (2015) som hevder at manglende informasjon og usikkerhet rundt generika gjør at noen sluttbrukere fortsetter med originalmedisin. Resultatene våre samsvarer med at flere avstår fra generisk substitusjon grunnet manglende informasjon, da de oppga *jeg har for lite informasjon om ordningen* som

grunn til at de velger original. Når det gjelder respondentenes kunnskap om hva som er forskjellen mellom generika og original tyder resultatene på at mange er feilinformerte og mangler kunnskap.

6.1 Forslag til videre forskning

Under arbeidet med studien har vi oppdaget flere interessante aspekter som kan gi grunnlag for videre forskning. På grunn av tids- og ressursbegrensninger har vi utført en tverrsnittundersøkelse, som ikke kan si noe om stabilitet og endringer over tid. Det kunne vært interessant og gjenta undersøkelsen med det samme utvalget etter ett år for å se om antall brukere av generika endrer seg. Et forslag til videre forskning er å undersøke om det er en sammenheng mellom sykdommens alvorlighetsgrad og valg av preparat.

En kvalitativ utredning kan utføres der man intervjuer leger og brukere av reseptpliktige legemidler. Slik kunne man studert årsaker til pasient- og legereservasjon nærmere, og kommet mer i dybden bak vurderinger og beslutninger som tas. Gjennom intervju vil forskeren finne ut mer om pasientens bakgrunn og erfaring, dette kan kartlegge holdningene de har til generika. For å studere atferden til pasient og apotekpersonalet kan man utføre en observasjonsstudie. Videre kan man gjennom eksperimenter tilrettelegge og variere betingelsene, som for eksempel hvordan apotekpersonalet presenterer generisk bytte. Man kan se på hvordan informasjonsdeling om generika i en spesifikk gruppe kan føre til at de endrer oppfatninger. Og videre observere hvilke effekter dette har.

Vi har i denne studien utelukkende sett på reseptpliktige legemidler. Generisk bytte i apotek innebærer også reseptfrie legemidler. Studien utelukker også nettapotek. En mer omfattende studie vil kunne inkludere disse momentene.

7. Konklusjon

Det overordnede målet med denne masterutredningen var å øke forståelsen for beslutningen som tas ved muligheten for generisk bytte av legemidler. Studien har forsøkt å besvare problemstillingen *Hvordan påvirker ulike faktorer konsumentenes valg mellom generisk legemiddel og originalpreparat?* Utredningen er avgrenset til brukere av reseptbelagte legemidler i Norge.

Et av hovedfunnene var at konsumentene er feilinformerte og mangler kunnskap om ordningen. Slike misoppfatninger og uvitenhet kan føre til at en velger original fremfor generika. Resultatene viser at de som velger generika i stor grad er av den oppfatning av at preparatet er av lik kvalitet og virkning, sammenlignet med original. Denne oppfatningen er lavere for de som velger originalpreparatet. For å øke antall brukere av generika er det viktig at flere av de som per i dag velger det originale legemiddelet forstår at preparatene er likeverdige. Dette kan oppnås gjennom kommunikasjon og målrettet informasjon.

Vi ser at ved en økning i kvalitetsoppfatning vil flere bytte fra original til generika. En økning i prisforskjell vil gi en tilsvarende effekt. Det vil derimot være lite hensiktsmessig å øke prisforskjellen ytterligere da kostnadene vil bli overført på de konsumentene som er uelastiske og velger original uansett prisforskjell. Våre resultater tyder på at informasjonsaspektet kan være mer hensiktsmessig enn pristiltak for å øke oppslutningen om generisk substitusjon i markedet.

Funnene leder til en anbefaling om at endring må skje gjennom informasjonsdeling. Det er ønskelig at leger og apotek tar mer ansvar for å øke oppslutningen om bytteordningen. Fra legen sin side kan dette oppnås gjennom generisk forskrivning. Apoteket bør legge mer vekt på at generisk substitusjon ikke *bare* innebærer et rimeligere alternativ, men gi informasjon om ordningen som helhet. Generisk substitusjon er en gunstig ordning, som gir store besparelser for konsument, apotek og samfunnet.

8. Litteraturliste

- Allison, R. & Uhl, K. (1964). Influence of Beer Brand Identification on Taste Perception. *Journal of Marketing Research*, 1(3), 36-39. Hentet 14.10.2018 fra: <https://www.jstor.org/stable/pdf/3150054.pdf>
- Andersen, P.F. (2011). *Skeptiske til kopimedisiner*. Hentet 02.10.18 fra: <https://forskning.no/helsepolitikk-medisiner-samfunnsmedisinkommunikasjon/2011/03/skeptiske-til-kopimedisiner>
- Apotek 1. (2017). *Generell informasjon om resepter*. Hentet 26.09.2018 fra: <https://www.apotek1.no/resepter-og-refusjon/generell-informasjon-om-resepter>
- Apotek 1. (2018). *Hvit resept og refusjonsordninger*. Hentet 26.09.2018 fra: <https://www.apotek1.no/resepter-og-refusjon/hvit-resept-og-refusjonsordninger>
- Apotek 1. (2018b). *Blå resept og egenandeler*. Hentet 26.09.2018 fra: <https://www.apotek1.no/resepter-og-refusjon/blaa-resept-og-egenandeler>
- Apotekforeningen. (2011). *Fremtidens helsetjeneste: Legemiddelbruk og apotek*. Hentet 07.12.2018 fra: <https://www.apotek.no/nyhetsarkiv/nyhet/fremtidens-helsetjeneste-legemiddelbruk-og-apotek?PID=36826&M=NewsV2&Action=1>
- Apotekforeningen. (2016). *Medisinbytte: Reservasjoner koster 285 millioner*. Hentet 01.12.2018 fra <https://www.apotek.no/nyhetsarkiv/helsepolitikk/medisinbytte-reservasjoner-koster-285-millioner-4>
- Apotekforeningen. (2017). 2017. Hentet 20.11.2018 fra: <https://www.apotek.no/nyhetsarkiv/aktuelt-om-apotek/2017>
- Apotekforeningen. (2017b). *Tre av fire kunder er svært fornøyd med apoteket sitt*. Hentet 15.10.2018 fra: <https://www.apotek.no/nyhetsarkiv/aktuelt-om-apotek/tre-av-fire-kunder-er-sv%C3%A6rt-forn%C3%B8yd-med-apoteket-sitt>
- Apotekforeningen. (2018). *Apotekdekning*. Hentet 05.10.2018 fra: <https://www.apotek.no/fakta-og-ressurser/statistikk-for-2017/1--apotek-i-norge/1-3-apotekdekning>
- Apotekforeningen. (2018b). *Si ja til å bytte*. Hentet 10.11.2018 fra: <https://www.apotek.no/si-ja-til-bytte>
- Apotekforeningen. (2018c). *God tilgjengelighet til apotek*. Hentet 06.11.2018 fra: <https://www.apotek.no/apotektenester/apotek-i-norge>
- Apotekforeningen. (2018d). *Apotek og legemidler*. Hentet 20.11.2018 fra: https://www.apotek.no/Files/Billeder/aol_2018/AOL%202018_web.pdf

- Apotekforeningen. (2018e). *Reseptpliktige legemidler*. Hentet 09.10.2018 fra:
<https://www.apotek.no/fakta-og-ressurser/statistikk-for-2017/5--pris%C2%ADfastsettelse/5-1-reseptpliktige-legemidler>
- Apotekforeningen. (2018f). Apotek og legemidler: En oversikt over apotek- og legemiddelmarkedet i 2017. Hentet 11.11.2018 fra:
https://www.apotek.no/Files/Billeder/aol_2018/AOL%202018_web.pdf
- Apotekforeningen. (2018g). *Så mye brukte vi på legemidler i fjor*. Hentet 01.12.2018 fra:
<https://www.apotek.no/nyhetsarkiv/statistikk/2018/statistikk-legemiddelbruk-i-2017>
- Apotekforeningen. (2018h). *Apotekbarometeret*. Hentet 20.11.2018 fra:
<https://www.apotek.no/fakta-og-ressurser/statistikk-for-2017/3--apotekkunden/3-2-apotekbarometeret>
- Apotekforeningen. (u.å). *Prisfastsettelse*. Hentet 15.09.2018 fra:
[https://www.apotek.no/fakta-og-ressurser/statistikk-\(old\)/5--pris%C2%ADfastsettelse/5-1-prisfastsettelse-p%C3%A5-reseptpliktige-legemidler](https://www.apotek.no/fakta-og-ressurser/statistikk-(old)/5--pris%C2%ADfastsettelse/5-1-prisfastsettelse-p%C3%A5-reseptpliktige-legemidler)
- Apotekloven. (2001). Lov om apotek. (2001). Apotekloven (LOV-2018-06-22-76). Hentet 15.09.2018 fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2000-06-02-39>
- Bairoliya, N., Karaca-Mandic, P., McCollough, S.J. og Petrin, A. (2017). *Consumer learning and the entry of generic pharmaceuticals*. Hentet 17.20.2018 fra:
https://scholar.harvard.edu/files/nbairoliya/files/paper_neha_ver3.pdf.
- Bronnenberg, B.J, Dubé, J.P., Gentzkow, M og Shapiro, J.M. (2015). Do Pharmacists Buy Bayer? Informed Shoppers and the Brand Premium. *The Quarterly Journal of Economics, Oxford University Press*, 130(4), 1669-1726.
- Brekke, K. R. (2009). Markedet for legemidler: Regulering, konkurranse og utgifter. (ss. 207-236). Cappelen Damm Akademisk.
- Brekke, K. R. (2017). Forelesning: Produktdifferensiering II - Verikal differensiering. Konkurransanalyse, BUS441. Bergen: NHH. Hentet 09.10.2018
- De Nordiske konkurransemyndigheter. (2008). Konkurransemessige problemstillinger i apotek og legemiddelsektoren. Hentet 10.09.2018 fra:
<http://kt.no/globalassets/filer/publikasjoner/nordiske-rapporter/nordisk-apoteke-rapport-2008.pdf>
- Dillman, D.A., Smyth J.D. og Christian, J.M. (2014). *Internet, Phone, Mail and mixed Mode Surveys: The Tailored Design Method* (4. utg.). Hoboken: Wiley
- Dunne, S.S. og Dunne, P.C. (2015). *What do people really think of generic medicines? A systematic review and critical appraisal of literature on stakeholder perceptions of generic drugs*. Hentet 03.12.2018 fra
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4520280/>

-
- Farmatid. (2016). *Kunne spart 285 millioner kroner i året*. Hentet 27.11.2018 fra:
<https://www.farmatid.no/artikler/nyheter/kunne-spart-285-millioner-kroner-aret>
- Folkehelseinstituttet. (2018). *Legemiddelforbruket i Norge 2013–2017*. Hentet 14.10.2018 fra:
<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/legemiddelforbruket-i-norge-2013-2017.pdf>
- Dalen, D.M., Furu, K., Locatelli, M. & Strøm, S. (2010). Generic Substitution: Micro evidence from register data in Norway. *The European journal of health economics*, 12, 49-59.
- Ghauri, P. & Grønhaug, K. (2010). *Research Methods in Business Studies* (4. utg.). Essex: Pearson Education Limited.
- Gneezy, A., Gneezy, U. og Lauga, D. O. (2014). *A Reference-Dependent Model of the Price–Quality Heuristic*. Hentet 07.11.2018 fra:
https://rady.ucsd.edu/docs/faculty/Gneezy_Gneezy_Lauga_JMR_14.pdf
- Grønmo, S. (2015) *Samfunnsvitenskapelige metoder* (2.utg.) Bergen: Fagbokforlaget.
- Hassali, M.A., Kong, D.C.M. og Stewart, K. (2007). Knowledge and perceptions of recent pharmacy graduates about generic medicines. *Pharmacy Education*, 7(1): s.89-95. Hentet 07.11.2018 fra:
<http://pharmacyeducation.fip.org/pharmacyeducation/article/view/146/122>
- HELFO. (2015). *Legers forskrivning på blå resept*. Hentet 04.10.2018 fra:
<https://helfo.no/Documents/Analyser%20og%20rapporter/Kontrollrapport-Legens%20reservasjon%20mot%20likeverdige%20bytte%20p%C3%A5%20apotek-2015.pdf>
- HELFO. (2018). *Viktige endringer i finansieringen av legemidler*. Hentet 28.09.2018 fra:
<https://helfo.no/viktige-meldinger/viktige-endringer-i-finansieringen-av-legemidler>
- Helsedirektoratet. (2018). *Refusjon av legemidler*. Hentet 25.09.2018 fra Helsedirektoratet:
<https://helsedirektoratet.no/legemidler/refusjon-av-legemidler#tredelt-finansieringsansvar-for-legemidler>
- Helsedirektoratet. (2018b). *Endringer i legemiddelforskriften og blåreseptordningen fra 1. januar 2018*. Hentet 25.09.2018 fra Helsedirektoratet:
<https://legemiddelverket.no/nyheter/endringer-i-legemiddelforskriften-og-blareseptordningen-fra-1-januar-2018>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2003). *Om lov om endringer i legemiddeloven og apotekloven*. (St.meld. nr. 16 (2002-2003)). Hentet 03.10.2018 fra:
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/otprp-nr-16-2002-2003/-id171074/sec2>

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2005). *Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk*. (St.meld. nr. 18 (2004-2005)). Hentet 03.10.2018 fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-18-2004-2005-/id406517/sec5>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Finansiering av legemidler*. Hentet 20.11.2018: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/legemidler/innsikt/finansiering-av-legemidler/id434582/>
- Høie, I. M. (2001). Generisk bytte - mer makt til farmasøytene. Den Norske Legeforening, 121, 736-737. Hentet 25.22.2018 fra <https://tidsskriftet.no/2001/02/hovedreportasje/generisk-bytte-mer-makt-til-farmasoytene>
- Håkonsen, H., Eilertsen, M., Borge, H. og Toverud E.L. (2009). Generic substitution: additional challenge for adherence in hypertensive patients. *Current Medical Research and Opinion*, 25(10), 2515–2521.
- Håkonsen, H og Toverud E.L. (2010). Special challenges for drug adherence following generic substitution in Pakistani immigrants living in Norway. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 67(2), 193-201
- Håkonsen, H og Toverud, E.L. (2012). A review of patient perspectives on generic substitution: what are the challenges for optimal drug use? *Generics and biosimilars initiative journal*, 1, 28–32.
- Jacobsen, D. I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser?* (3. utg.). Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg.). Oslo: Abstrakt forlag.
- Jøsendal, A.V. (2018). *Reservasjon mot generisk bytte – omfang, kostnader og betydning av pris*. Hentet 01.09.2018 fra: https://admin.farmatid.no/sites/default/files/nft_nr_2-2018_s_29-32.pdf
- Kjønniksen, I., Lindbæk, M., & Granås, A.G. (2005) Pasienters erfaringer med og holdninger til generisk legemiddelbytte. *Den Norske Legeforening*, 125, 1682-1684. Hentet 31.10.2018 fra: <https://tidsskriftet.no/2005/06/om-helsetjenesten/pasienters-erfaringer-med-og-holdninger-til-generisk-legemiddelbytte>
- Konkurransetilsynet. (2009). *Konkurransen i Norge*. Hentet 01.12.2018 fra: https://konkurransetilsynet.no/wp-content/uploads/2018/08/rapport-konkurransen_i_norge.pdf
- Lange, M. H., & Granås, A. G. (2003). Apotekbransjen før og etter ny apoteklov. *Tidsskrift for Den norske legeforening* (123), 3248-3249. Hentet 04.10.2018 fra: <https://tidsskriftet.no/2003/11/kronikk/apotekbransjen-og-etter-ny-apoteklov>

-
- Legemiddelindustrien. (2015). *Tall og fakta. Legemidler og helsevesen*. Hentet 02.09.18 fra: https://www.lmi.no/download.php?file=/wpcontent/uploads/2015/11/tall_og_fakta_2015.pdf
- Legemiddelindustrien. (2018). *Tall og fakta. Legemidler og helsevesen*. Hentet 02.10.18 fra: <https://www.lmi.no/download.php?file=/wp-content/uploads/2018/04/Tall-og-fakta-2018-1.pdf>
- Legemiddelindustrien. (u.å). *Legemiddelproduksjon*. Hentet 26.09.2018 fra: <https://www.lmi.no/legemiddelproduksjon/>
- Norges legemiddelhåndbok. (2018). *Legemiddeløkonomi - pasientens venn eller fiende*. Hentet 01.12.2018 fra: <http://legemiddelhandboka.no/Legemidler/?frid=Gk-17-okonomi-69>
- Oslo byfogdembete. (2018). *Begjæring om midlertidig forføyning*. Hentet 08.12.2018 fra <https://www.domstol.no/globalassets/upload/obyf/internett/aktuelt/kjennelser/18-064308tvi.pdf>
- Plassman, Hilke, O'Doherty, J., Shiv, B. og Rangel, A. (2008). Marketing Actions Can Modulate Neural Representations of Experienced Pleasantness. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 15, 1050-1054. 14.10.2018 fra: <https://authors.library.caltech.edu/12178/1/PLApmas08.pdf>
- Ringdal, K. (2013). *Enhet og mangfold* (3. utg) Bergen: Fagbokforlaget
- Sandanger, E. (2012). *Horisontal konkurranse i dagligvaremarkedet: Bruken av egne merkevarer i konkurransen mellom norske dagligvarekjeder*. Hentet 09.10.2018 fra: https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/166778/A25_12.pdf?sequence=1
- Saunders, M., Lewis, P., & Thornhill, A. (2015). *Research methods for business students* (5.utgave). Harlow, Essex: Pearson Education.
- Sinkinson, M. og Starc, A. (2015). *Consumer Advertising Competition in Prescription Drugs*. Hentet 17.10.2018 fra: https://www.ftc.gov/system/files/documents/public_events/204241/sinkinson.pdf
- Skovlund, E. (2009). *Bioekvivalens og misforståelser*. Hentet 30.08.2018 fra: <https://www.farmatid.no/artikler/fag/bioekvivalens-misforstaelser>
- Statens legemiddelverk. (2015). *Stadig bedre apotekdekning*. Hentet 04.10.2018 fra: <https://legemiddelverket.no/nyheter/stadig-bedre-apotekdekning>
- Statens legemiddelverk. (2016). *Generisk legemiddel og parallellimportert legemiddel*. Hentet 04.10.2018 fra: <https://legemiddelverket.no/godkjenning/godkjenning-av-legemidler/slik-godkjennes-legemidler/generisk-legemiddel-og-parallellimportert-legemiddel>

- Statens legemiddelverk. (2016c). *Utredning om obligatorisk virkestofforskrivning*. Hentet 09.12.2018 fra:
<https://legemiddelverket.no/Documents/Bivirkninger%20og%20sikkerhet/R%C3%A5d%20til%20helsepersonell/NYL/2017/Utredning%20om%20obligatorisk%20virkestofforskrivning.pdf>
- Statens legemiddelverk. (2017). *Hva er generisk bytte?* Hentet 04.10.2018 fra:
<https://legemiddelverket.no/offentlig-finansiering/generisk-bytte/hva-er-generisk-bytte>
- Statens legemiddelverk. (2017b). *Generelt om parallellimporterte legemidler*. Hentet 04.10.2018 fra: <https://legemiddelverket.no/godkjenning/godkjenning-av-legemidler/parallellimporterte-legemidler/generelt-om-parallellimporterte-legemidler>
- Statens legemiddelverk. (2017c). *Hvordan kommer et legemiddel på byttelisten?* Hentet 25.08.2018 fra: <https://legemiddelverket.no/offentlig-finansiering/generisk-bytte/hvordan-kommer-et-legemiddel-pa-byttelisten>
- Statens legemiddelverk. (2018). *Byttelisten*. Hentet 04.10.2018 fra:
<https://legemiddelverket.no/offentlig-finansiering/generisk-bytte/byttelisten>
- Statens legemiddelverk. (2018b). *Apotekets og legens rolle i generisk bytte*. Hentet 04.10.2018 fra: <https://legemiddelverket.no/offentlig-finansiering/generisk-bytte/apotekets-og-legens-rolle-i-generisk-bytte#reservasjon-mot-bytte>
- Statens legemiddelverk. (2018c). *Priser på legemidler*. Hentet 01.12.2018 fra:
<https://www.felleskatalogen.no/medisin/priser-legemidler>
- Statens legemiddelverk. (2018d). *Trinnpris på legemidler*. Hentet 10.09.2018 fra:
<https://legemiddelverket.no/offentlig-finansiering/trinnpris#trinnprismodellen>
- Statens legemiddelverk. (u.å). *Medisinbytte i apotek - dette bør du vite*. Hentet 11.11.2018 fra:
https://legemiddelverket.no/Documents/Offentlig%20finansiering%20og%20pris/Generisk%20bytte/Informasjonsmateriell/Medisinbytte_1411_trykk.pdf
- Store Norske Leksikon. (2009). *Parallellimport*. Hentet 27.10.2018 fra:
<https://sml.snl.no/parallellimport>
- Store Norske Leksikon. (2015). *Norsk medisinaldepot*. Hentet 04.10.2018 fra:
https://sml.snl.no/Norsk_Medisinaldepot
- Store Norske Leksikon. (2017). *Utvalgsundersøkelse*. Hentet 27.11.2018 fra:
<https://snl.no/utvalgsunders%C3%B8kelse>
- Store Norske Leksikon. (2018). *Eksogen - Samfunnsvitenskap*. Hentet 26.11.2018 fra:
https://snl.no/eksogen_-_samfunnsvitenskap

- Thrane, C. (2017). *Regresjonsanalyse - en praktisk tilnærming*. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Tirole, J. (1998). *The Theory of Industrial Organization*. London/Cambridge: The MIT Press. Hentet 08.10.2018 fra:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/mde.4090110207>
- Tjønndal, A. (2018). *Statistisk analyse i Stata*. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Wijk, B.L.G.V, Klungel, O.H, Heerdink, E., og Boer, A. (2006). *Generic Substitution of Antihypertensive Drugs: Does It Affect Adherence?* Hentet 12.09.2018 fra:
https://www.researchgate.net/publication/7464786_Generic_Substitution_of_Antihypertensive_Drugs_Does_It_Affect_Adherence/download

Appendiks

Vedlegg 1: Regresjon av alle variabler med original som avhengig variabel

Original		
Alder		
25 - 34	0,09	(0.06)
35 – 54	0.14*	(0.07)
55 – 74	0,06	(0.07)
75 eller eldre	0,03	(0.21)
Under 25 (referansekategori)	0	(.)
Utdanning		
Annet	0.59**	(0.19)
Grunnskole	0,22	(0.15)
Universitet-/høyskole 1-3 år	0.20**	(0.06)
Universitet-/høyskole 4+ år	0,12	(0.06)
Videregående skole (referansekategori)	0	(.)
Kjønn		
Kvinne (referansekategori)	0	(.)
Mann	-0,02	(0.06)
Informasjon fra lege		
Ja	0	(.)
Nei	-0,03	(0.08)
Vet ikke	-0,1	(0.10)
Kvalitetsrangering		
Svært lik	-0.14*	(0.07)
Nokså lik (referansegkategori)	0	(.)
Noe lik	-0,07	(0.12)
Noe ulik	0,13	(0.10)
Nokså ulik	0,01	(0.13)
Svært ulik	-0,42	(0.25)
Vet ikke	0,01	(0.08)
Forskjell		
Virkestoff	-0,16	(0.08)
Hjelpestoffer	0,07	(0.05)
Produsenten	-0,09	(0.06)
Utseende	0,04	(0.06)
Bivirkninger	0,07	(0.07)
Virkningen	0.26**	(0.09)
Pris	-0.13*	(0.06)
Ingenting	-0.18*	(0.09)
Vet ikke	-0,05	(0.10)

Jobb i helsevesenet

Ja	0,03	(0.06)
----	------	--------

Rangering av virkning av generika

Virkning = 1	0.34*	(0.15)
--------------	-------	--------

Virkning = 2	0,22	(0.14)
--------------	------	--------

Virkning = 3 (refereansekategori)	0	(.)
-----------------------------------	---	-----

Virkning = 4	0,02	(0.10)
--------------	------	--------

Virkning = 5	-0.39***	(0.11)
--------------	----------	--------

Vet ikke	-0,19	(0.11)
----------	-------	--------

Constant	0.59**	(0.18)
----------	--------	--------

Observations		337
--------------	--	-----

R^2		0,42
-------	--	------

Vedlegg 2: Spørreundersøkelsen

Hei! Takk for at du tar deg tid til å delta i denne spørreundersøkelsen. Undersøkelsen er en del av vår masteroppgave ved Norges Handelshøyskole høsten 2018. Utredningen omhandler generisk bytte i legemiddelbransjen.

Hva er generisk bytte? Det første godkjente legemidlet med en bestemt virkning kalles original. Når det kommer nye legemidler med samme virkning og et annet navn, kalles de generiske legemidler (generika). Original er ofte det legen skriver ut på resept, men om det finnes et billigere alternativ tilbyr apoteket deg generika, og du kan velge å takke ja til generisk bytte.

Opplysningene vil behandles konfidensielt og deltakerne vil ikke kunne gjenkjennes i en publikasjon. Det vil ta ca. 5 minutter å besvare.

Når du svarer på følgende spørsmål ønsker vi at du skal tenke på ditt siste apotekbesøk der du kjøpte medisin på resept.

På forhånd tusen takk!

Guro Karlstad & Harnit Kaur

Kjønn?

☐ Kvinne (1)

☐ Mann (2)

Hvilken aldersgruppe tilhører du?

- ☐ Under 25 (1)
- ☐ 25 - 34 (2)
- ☐ 35 - 54 (3)
- ☐ 55 - 74 (4)
- ☐ 75 eller eldre (5)
-

Hva er din høyeste fullførte utdanning?

- ☐ Grunnskole (1)
- ☐ Videregående skole (2)
- ☐ Universitetet-/høyskole 1-3 år (Bachelor eller tilsvarende) (3)
- ☐ Universitetet-/høyskole 4 år + (Master eller tilsvarende) (4)
- ☐ Annet (5)
-

Jobber du innenfor helsesektoren?

- ☐ Ja (1)
- ☐ Nei (2)
-

Jobber noen i din nærmeste familie innenfor helsesektoren?

- ☐ Ja (1)
- ☐ Nei (2)
- ☐ Vet ikke (3)
-

Hvor fikk du vite om ordningen med generisk bytte? Generisk bytte vil si at du blir tilbudt en lavere priset medisin, med samme virkestoff, når du henter ut resept.
Flere mulige svaralternativer

- ☐ Legen (1)
- ☐ Apoteket (2)
- ☐ Venner/familie (3)
- ☐ Media (4)
- ☐ Internett (5)
- ☐ Brosjyre (6)
- ☐ Andre (7)
- ☐ Jeg har ikke hørt om ordningen (8)
- ☐ Vet ikke (9)
-

Informerte legen om muligheten for generisk bytte da medisinen ble skrevet ut på resept til deg?

- ☐ Ja (1)
- ☐ Nei (2)
- ☐ Vet ikke (3)

*Skip To: Q24 If Informerte legen om muligheten for generisk bytte da medisinen ble skrevet ut på resept til deg?
= Ja*

*Skip To: Q19 If Informerte legen om muligheten for generisk bytte da medisinen ble skrevet ut på resept til deg?
= Nei*

*Skip To: Q19 If Informerte legen om muligheten for generisk bytte da medisinen ble skrevet ut på resept til deg?
= Vet ikke*

Hva slags innstilling hadde legen?

- ☐ Positiv (1)
- ☐ Nøytral (2)
- ☐ Negativ (3)
- ☐ Vet ikke (4)
-

Ble du informert om mulighetene til å velge generika på ditt siste apotekbesøk?

- ☐ Ja (1)
- ☐ Nei (2)
- ☐ Vet ikke (3)
-

Hvor hentet du sist ut resept?

- ☐ Ditt apotek (1)
 - ☐ Vitus apotek (2)
 - ☐ Apotek 1 (3)
 - ☐ Boots apotek (4)
 - ☐ Annet / Selvstendige apotek (5)
 - ☐ Vet ikke (6)
-

Hva hentet du ut resept på? (Hvis du hentet ut to resepter, velg en av de)

- ☐ Allergi (1)
- ☐ Smerte (2)
- ☐ Prevensjonsmiddel (3)
- ☐ Fordøyelse og stoffskifte (4)
- ☐ Hjerte og kretsløp (f.eks. kolesterolsenkende, blodfortynnende, høyt blodtrykk) (5)
- ☐ Dermatologiske midler (sykdomstilstander i huden, f.eks. eksem, psoriasis, akne) (6)
- ☐ Psykofarmaka (f.eks. depresjon, angst) (7)
- ☐ Søvn (8)
- ☐ Diabetes (9)
- ☐ Nervesystemet (10)
- ☐ Antibiotika (11)
- ☐ Annet (12)
- ☐ Vet ikke (13)

I avgjørelsen mellom originalmedisin og generika, hva valgte du?

- ☐ Generika (1)
- ☐ Originalmedisin (2)
- ☐ Jeg fikk ikke tilbudet, men jeg hadde valgt generika (3)
- ☐ Jeg fikk ikke tilbudet, men jeg hadde valgt originalmedisin (4)
- ☐ Vet ikke (5)

Skip To: Q8 If I avgjørelsen mellom originalmedisin og generika, hva valgte du? = Generika

Skip To: Q9 If I avgjørelsen mellom originalmedisin og generika, hva valgte du? = Originalmedisin

Skip To: Q8 If I avgjørelsen mellom originalmedisin og generika, hva valgte du? = Jeg fikk ikke tilbudet, men jeg hadde valgt generika

Skip To: Q9 If I avgjørelsen mellom originalmedisin og generika, hva valgte du? = Jeg fikk ikke tilbudet, men jeg hadde valgt originalmedisin

Skip To: Q15 If I avgjørelsen mellom originalmedisin og generika, hva valgte du? = Vet ikke

Hva var årsaken til at du valgte generika?
Flere mulige svaralternativer

- ☐ Det er billigere å velge generika (1)
- ☐ Apoteket foreslo at jeg kunne velge generika (2)
- ☐ Legen foreslo at jeg kunne velge generika (3)
- ☐ Legen sa det var like bra (4)
- ☐ Apoteket sa det var like bra (5)
- ☐ Venner eller familie har rådet meg til å velge generika (6)
- ☐ Det var tomt for originalmedisin på apoteket (7)
- ☐ Vet ikke (8)

Om prisforskjellen mellom originalmedisin og generika blir mindre enn den er i dag, ville du fortsatt valgt generika?

- ☐ Ja (1)
- ☐ Nei, da hadde jeg valgt originalmedisin (2)
- ☐ Vet ikke (3)

Skip To: Q15 If Om prisforskjellen mellom originalmedisin og generika blir mindre enn den er i dag, ville du fort...
= Vet ikke

Skip To: Q15 If Om prisforskjellen mellom originalmedisin og generika blir mindre enn den er i dag, ville du fort...
= Ja

Skip To: Q27 If Om prisforskjellen mellom originalmedisin og generika blir mindre enn den er i dag, ville du fort...
= Nei, da hadde jeg valgt originalmedisin

Hvor går den nedre grensen for prisforskjellen mellom originalmedisin og generika for at du ikke velger generika?

Prisforskjell mellom Vet ikke
originalmedisin og generika

0 20 40 60 80 100 120 140 160 180 200

Velg et tall på linjen ()



Skip To: Q15 If Hvor går den nedre grensen for prisforskjellen mellom originalmedisin og generika for at du ikke... < Velg et tall på linjen

Skip To: Q15 If Hvor går den nedre grensen for prisforskjellen mellom originalmedisin og generika for at du ikke...(Velg et tall på linjen) Is Empty

Hva var årsaken til at du valgte originalmedisin?

Flere mulige svaralternativer

- ☐ Prisforskjellen er for liten (1)
 - ☐ Det finnes ikke generika til medisinen jeg bruker (2)
 - ☐ Jeg tror ikke at generika virker like bra som originalmedisinen (3)
 - ☐ Jeg vet for lite om muligheten til å velge generika (4)
 - ☐ Jeg har hatt dårlige erfaringer med å bytte, f.eks. bivirkninger (5)
 - ☐ Venner eller familie har rådet meg til å velge original (6)
 - ☐ Jeg vil ha det jeg pleier å bruke (7)
 - ☐ Jeg er i mot generisk bytte (8)
 - ☐ Vet ikke (9)
-

Hvor stor må prisforskjellen være for at du av økonomiske hensyn velger generika?

- ☐ 0 - 49 kr (1)
 - ☐ 50 – 99 kr (2)
 - ☐ 100 – 199 kr (3)
 - ☐ 200 – 499 kr (4)
 - ☐ Over 500 kr (5)
 - ☐ Jeg velger originalmedisin uansett (6)
 - ☐ Vet ikke (7)
-

Hva tror du er forskjellen mellom originalmedisin og generika?
Flere mulige svaralternativ

- ☐ Virkestoff (1)
 - ☐ Hjelpstoffer (fargestoffer, fyllstoffer, smak) (2)
 - ☐ Produsenten (3)
 - ☐ Utseende (tabletter, kapsler, pakningen) (4)
 - ☐ Bivirkninger (5)
 - ☐ Virkningen (6)
 - ☐ Pris (7)
 - ☐ Ingenting (8)
 - ☐ Vet ikke (9)
-

Hvordan tror du generika virker sammenlignet med originalmedisin?
På en skala fra 1-5, hvor 1 = virker ulikt, 5 = virker like bra

- ☐ 1 (1)
 - ☐ 2 (2)
 - ☐ 3 (3)
 - ☐ 4 (4)
 - ☐ 5 (5)
 - ☐ Vet ikke (6)
-

Uavhengig av om du har brukt generika, hvordan oppfatter du generelt kvaliteten på generika sammenlignet med originalmedisin?

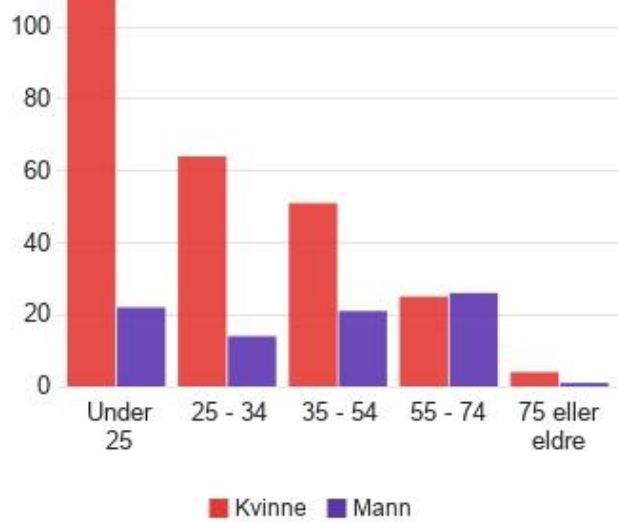
- ☐ Svært ulik (1)
- ☐ Nokså ulik (2)
- ☐ Noe ulik (3)
- ☐ Noe lik (4)
- ☐ Nokså lik (5)
- ☐ Svært lik (6)
- ☐ Vet ikke (7)

End of Block: Default Question Block

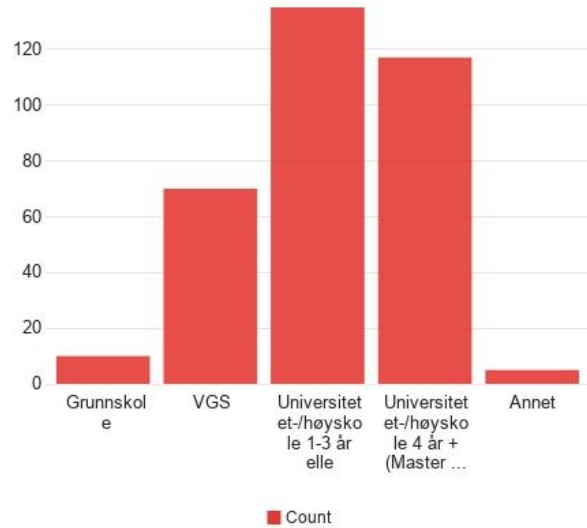
Start of Block: Block 1

Vedlegg 3: Resultater fra spørreundersøkelsen

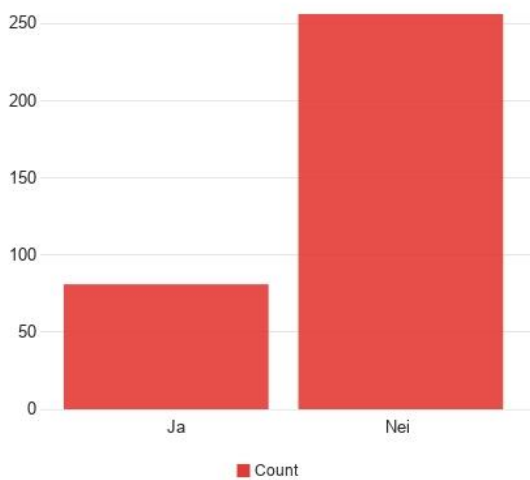
Q1 - Kjønn?



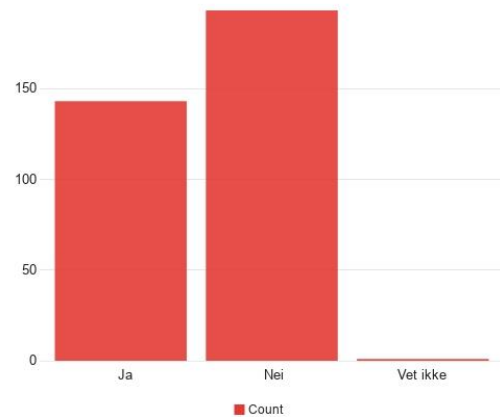
Q3 - Hva er din høyeste fullførte utdanning?



Q4 - Jobber du innenfor helsesektoren?



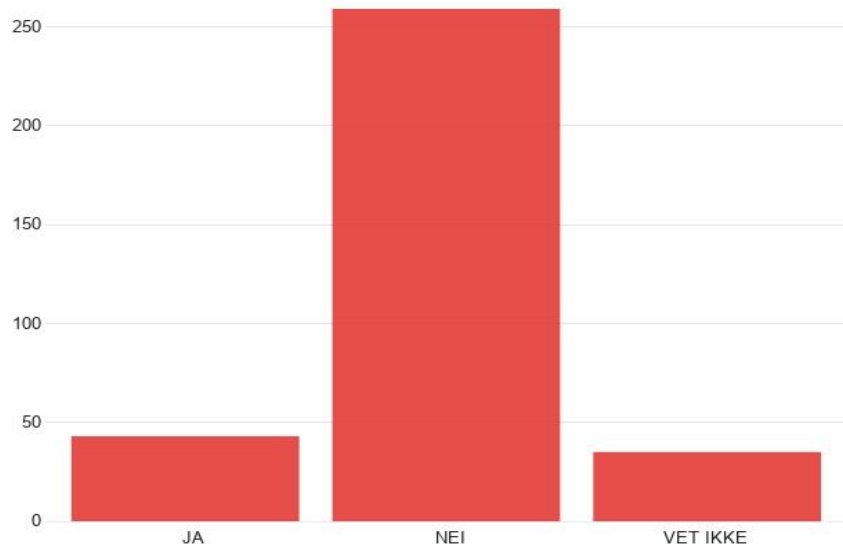
Q5 - Jobber noen i din nærmeste familie innenfor helsesektoren?



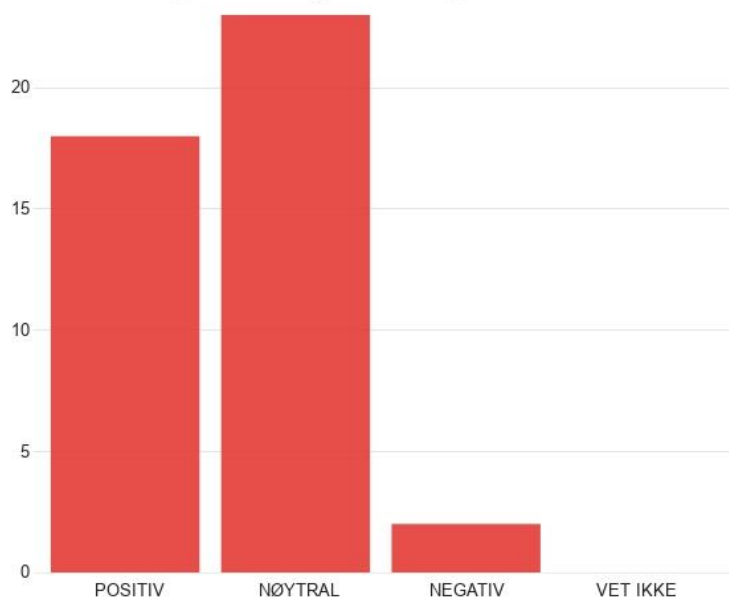
Q6 - Hvor fikk du vite om ordningen med generisk bytte? Generisk bytte vil si at du blir tilbudt en lavere priset medisin, med samme virkestoff, når du henter ut resept. Flere mulige svaralternativer

Svaralternativer	Choice Count
Legen	39
Apoteket	222
Venner/familie	42
Media	26
Internett	20
Brosjyre	6
Andre	25
Jeg har ikke hørt om ordningen	59
Vet ikke	4

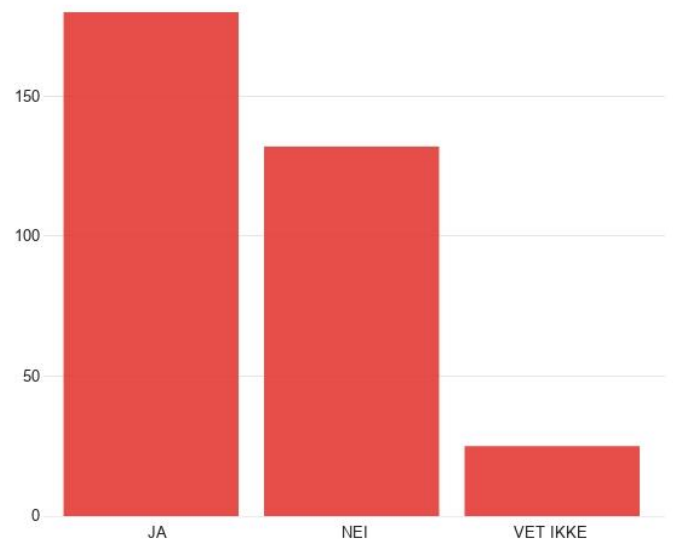
Q7 - Informerte legen om muligheten for generisk bytte da medisinen ble skrevet ut på resept til deg?



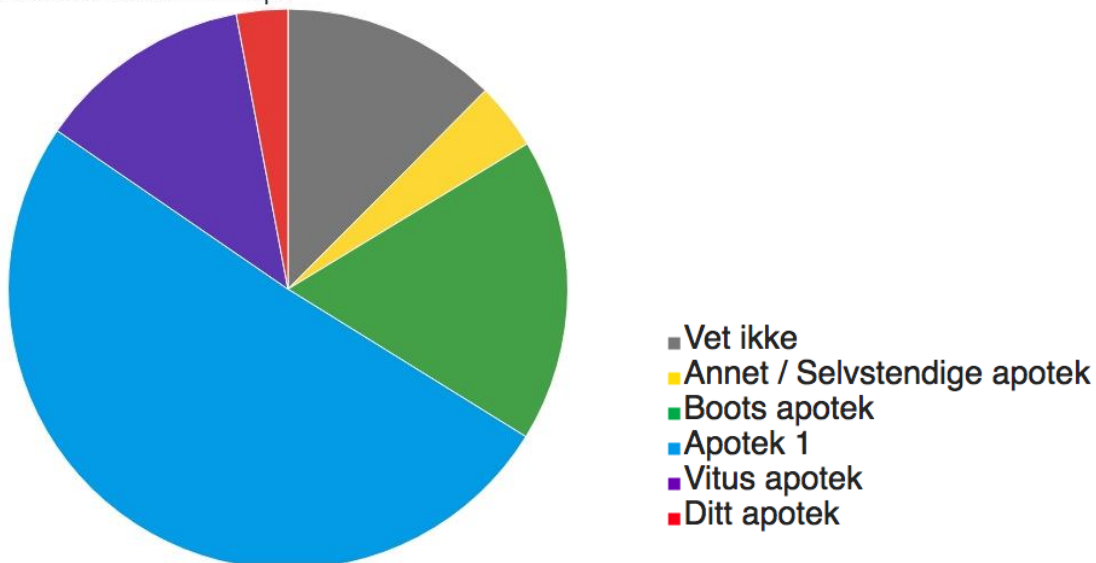
Q8 - Hva slags innstilling hadde legen?



Q9 - Ble du informert om mulighetene til å velge generika på ditt siste apotekbesøk?



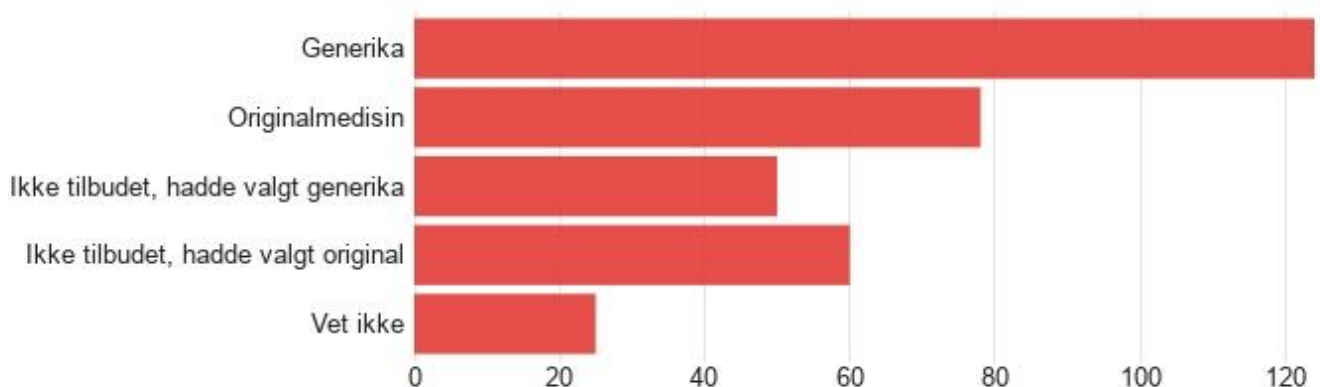
Q10 - Hvor hentet du sist ut resept?



Q11 - Hva hentet du ut resept på? (Hvis du hentet ut to resepter, velg en av de)

Svaralternativer	Choice Count
Allergi	54
Smerte	36
Prevensjonsmiddel	97
Fordøyelse og stoffskifte	18
Hjerte og kretsløp (f.eks. kolesterolsenkende, blodfortynnende, høyt blodtryk)	25
Dermatologiske midler (sykdomstilstander i huden, f.eks. eksem, psoriasis, akne)	15
Psykofarmaka (f.eks. depresjon, angst)	6
Søvn	4
Diabetes	3
Nervesystemet	4
Antibiotika	26
Annet	37
Vet ikke	12

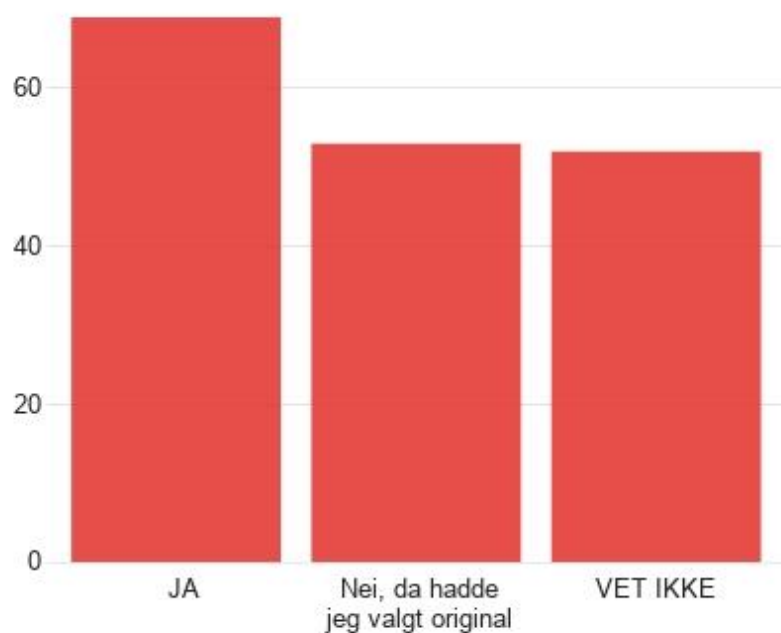
Q12 - I avgjørelsen mellom originalmedisin og generika, hva valgte du?



Q13 - Hva var årsaken til at du valgte generika? Flere mulige svaralternativer

Svaralternativer	Choice Count
Det er billigere å velge generika	125
Apoteket foreslo at jeg kunne velge generika	73
Legen foreslo at jeg kunne velge generika	7
Legen sa det var like bra	13
Apoteket sa det var like bra	82
Venner eller familie har rådet meg til å velge generika	2
Det var tomt for originalmedisin på apoteket	10
Vet ikke	4

Q14 - Om prisforskjellen mellom originalmedisin og generika blir mindre enn den er i dag, ville du fortsatt valgt generika?



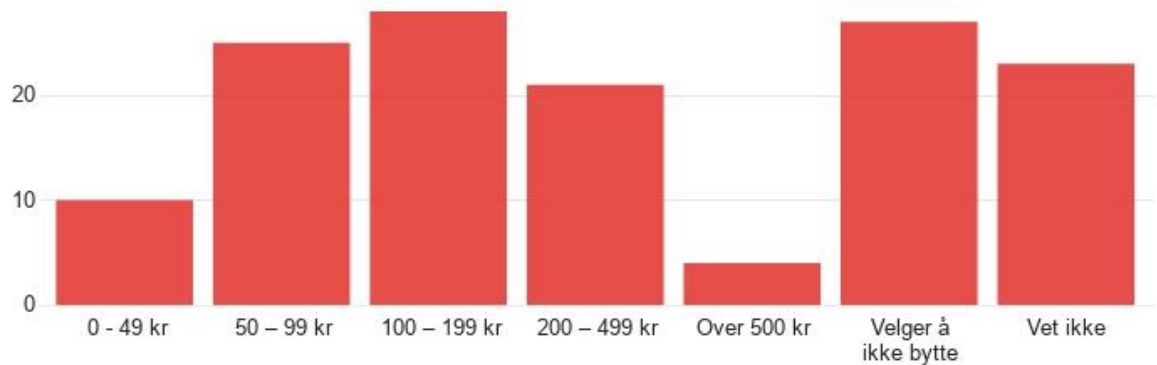
Q15_1 - 20

Hvor går den nedre grensen for prisforskjellen mellom originalmedisin og generika for at du ikke velger generika?	Choice Count
Choice Count	1
20	12
40	13
60	8
80	2
100	5
140	1
160	2

Q16 - Hva var årsaken til at du valgte originalmedisin? Flere mulige svaralternativer

Svaralternativer	Choice Count
Prisforskjellen er for liten	26
Det finnes ikke generika til medisinen jeg bruker	14
Jeg tror ikke at generika virker like bra som originalmedisinen	26
Jeg vet for lite om muligheten til å velge generika	32
Jeg har hatt dårlige erfaringer med å bytte, f.eks. bivirkninger	28
Venner eller familie har rådet meg til å velge original	6
Jeg vil ha det jeg pleier å bruke	60
Jeg er i mot generisk bytte	3
Vet ikke	10

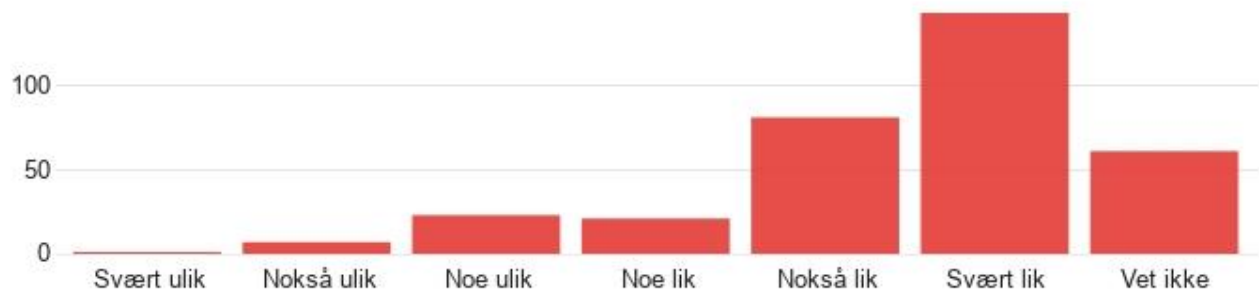
Q17 - Hvor stor må prisforskjellen være for at du av økonomiske hensyn velger generika?



Q18 - Hva tror du er forskjellen mellom originalmedisin og generika? Flere mulige svaralternativ

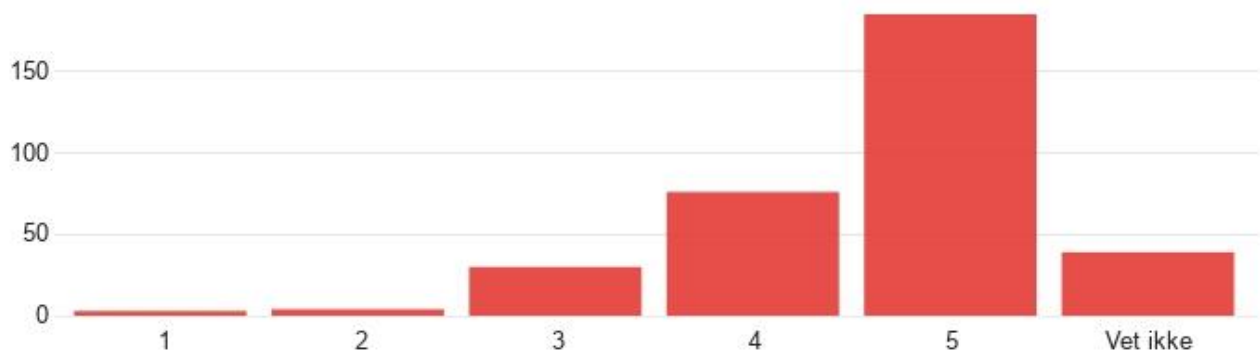
Svaralternativer	Choice Count
Virkestoff	28
Hjelpestoffer (fargestoffer, fyllstoffer, smak)	124
Produsenten	238
Utseende (tabletter, kapsler, pakningen)	183
Bivirkninger	49
Virkingen	26
Pris	241
Ingenting	22
Vet ikke	27

Q20 - Uavhengig av om du har brukt generika, hvordan oppfatter du generelt kvaliteten på generika sammenlignet med originalmedisin?



Q19 - Hvordan tror du generika virker sammenlignet med originalmedisin?

På en skala fra 1-5, hvor 1 = virker ulikt, 5 = virker like bra



Tabelliste

<i>Tabell 1: Trinnprissystemet.....</i>	<i>19</i>
<i>Tabell 2: Årsakene til valget av generika.....</i>	<i>38</i>
<i>Tabell 3: Årsakene til valget av original.....</i>	<i>39</i>
<i>Tabell 4: Regresjonsanalyse med alder, kjønn, utdanning og informasjon fra lege.</i>	<i>45</i>
<i>Tabell 5: Regresjonsanalyse med oppfattet forskjell og kvalitetsrangering.</i>	<i>47</i>
<i>Tabell 6: Regresjonsanalyse med helsevesen.....</i>	<i>50</i>
<i>Tabell 7: Regresjonsanalyse med rangering av virkning.....</i>	<i>51</i>

Figurliste

<i>Figur 1: Andel generika av totalomsetningen.</i>	12
<i>Figur 2: Verdikjeden innen legemiddelmarkedet.</i>	14
<i>Figur 3: Markedsandeler for legemiddelgrossister.</i>	15
<i>Figur 4: Antall apotek og antall innbyggere per apotek 1996-2018 (per 1.januar).</i>	16
<i>Figur 5: Totalt antall brukere av reseptpliktige legemidler i Norge.</i>	17
<i>Figur 6: Kjønn og alder.</i>	33
<i>Figur 7: Jobb i helsesektoren.</i>	34
<i>Figur 8: Informasjonskilde.</i>	35
<i>Figur 9: Informasjon fra legen.</i>	36
<i>Figur 10: Holdningen til legen.</i>	36
<i>Figur 11: Informasjon fra apoteket.</i>	37
<i>Figur 12: Fordelingen mellom valg av original eller generika.</i>	38
<i>Figur 13: Forskjellen mellom generika og original.</i>	40
<i>Figur 14: Kvalitetsforskjell.</i>	40
<i>Figur 15: Prisforskjell i originalgruppen.</i>	41
<i>Figur 16: Prisforskjell i generikagruppen.</i>	41
<i>Figur 17: Apotekfordelingen i spørreundersøkelsen.</i>	42
<i>Figur 18: Apotekfordeling i Norge.</i>	43
<i>Figur 19: Kvalitetsrangering og valg av preparat.</i>	49
<i>Figur 20: Rangering av virkning og valg av preparat.</i>	52