

Legemiddelmarkedet: Fungerer reguleringene etter sin hensikt?



Av

Monica Bjørsvik & Bente Bergh

Veileder: Bjørn Svendsen

Masterutredning i Økonomisk Styring

Norges Handelshøyskole

Denne utredningen er gjennomført som et ledd i masterstudiet i økonomisk-administrative fag ved Norges Handelshøyskole og godkjent som sådan. Godkjenningen innebærer ikke at høyskolen innestår for de metoder som er anvendt, de resultater som er fremkommet eller de konklusjoner som er trukket i arbeidet.

FORORD

Etter å ha deltatt på en gjesteforelesning med Apotekforeningen vekket legemiddelmarkedet interesse hos oss og framsto som et marked som ville være svært interessant for en masterutredning. Markedet er forskjellig fra de fleste andre markeder, i tillegg til at det er svært dagsaktuelt og stadig i medias søkelys ettersom det påvirker så mange i samfunnet. Vi ønsket å skrive om noe som var dagsaktuelt, spennende og lærerikt. Legemiddelmarkedet oppfyller disse kravene, og fordi vi kunne lite om dette markedet fra før, hadde vi mye å lære.

I utredningen har vi fokusert på hvordan legemiddelpriser og markedets regulering påvirker samfunnet. Vi har gått nærmere inn på trinnprissystemet for å se hvilken effekt det har, og vi har fokusert på forbedringer som kan gjøres i legemiddelmarkedet som vil komme samfunnet til gode.

Det har vært lærerikt og spennende å jobbe med utredningen. Vi har benyttet teori som vi har tilegnet oss gjennom årene på NHH på et marked som var ukjent for oss. I tillegg har vi fått erfaringer som vi kan få bruk for senere i arbeidslivet.

Vi ønsker å takke vår veileder Bjørn Svendsen for god veiledning og gode tilbakemeldinger gjennom hele arbeidet med utredningen. Videre vil vi takke Jon Andersen i Apotekforeningen for datamaterialet og gode råd. Til slutt vil vi takke de ulike aktørene i legemiddelbransjen som har vært villig til å stille til personintervju, telefonintervju, deltatt i spørreundersøkelser og mailkommunikasjon. Dette har vært leger, legemiddelprodusenter, farmasøyter, innkjøpsdirektør for Vitusapotek, Statens Legemiddelverk og Legemiddelindustriforeningen.

Bergen, juni 2009

Monica Bjørsvik

Bente Bergh

SAMMENDRAG	7
DEL 1: INNLEDNING OG BAKGRUNN	14
KAPITTEL 1 INNLEDNING	14
1.1 Problemstilling.....	14
1.2 Avgrensninger.....	14
1.3 Utredningens oppbygging.....	15
1.4 Faglig grunnlag	16
KAPITTEL 2 BAKGRUNN	17
2.1 Markedet	18
2.2 Omsetning	20
2.3 Dagens regulering.....	21
2.3.1 Maksimalprisreguleringen.....	22
2.3.2 Gevinstdelingsmodellen	24
2.3.3 Trinnprissystemet	24
2.4 Generiske legemidler og byttelisten.....	27
2.5 Foretrukne legemidler.....	29
2.6 E-resept.....	29
2.7 Fullsortimentskrav.....	29
2.8 Patentordningen	30
2.9 Er legemidler billig i Norge?.....	30
DEL 2: LEGEMIDDELPRODUSENTENES MARKEDSSTRUKTUR.....	33
KAPITTEL 3 TEORI OM MARKEDSSTRUKTUR OG KONKURRANSE.....	33
3.1 Relevant marked	33
3.1.1 Produktmarked	33
3.1.2 Geografisk marked.....	33
3.2 Porters 5-krefter modell	34
3.2.1 Faren for nyetableringer.....	34
3.2.2 Trusselen fra substitutter	35
3.2.3 Kundenes forhandlingsmakt.....	35
3.2.4 Leverandørenes forhandlingsmakt	36
3.2.5 Trusselen fra konkurrenter.....	36
3.3 Markedsstruktur.....	36
3.3.1 Fullkommen konkurranse.....	37
3.3.2 Monopolistisk konkurranse.....	38
3.3.3 Oligopol	38
3.3.4 Monopol	39
3.3.5 Markedsmakt.....	40
3.3.6 Herfindal-Hirschman Index (HHI)	40
3.3.7 Regulerte markeder	41
KAPITTEL 4 ANALYSE AV MARKEDSSTRUKTUREN I DET NORSKE LEGEMIDDELMARKEDET	42
4.1 Relevant marked	42
4.2 Porters 5-krefter modell	42
4.2.1 Faren for nyetableringer.....	42
4.2.2 Trusselen fra substitutter	46
4.2.3 Kundenes forhandlingsmakt.....	46
4.2.4 Leverandørenes forhandlingsmakt	47

4.2.5 Trusselen fra konkurrenter	47
4.3 Gjensidig avhengighet	48
4.4 Markedsmakt	49
4.5 Herfindal-Hirschman Index (HHI)	49
4.6 Oppsummering og konklusjon	50
DEL 3: ANALYSER AV DATAMATERIALET	51
KAPITTEL 5 TEORI OM ANALYSEMETODER	51
5.1 Hypotesetesting	51
5.2 Regresjonsanalyse	51
5.2.1 T-test	52
5.2.2 F-test.....	52
5.2.3 P-verdi	53
5.2.4 Forklaringsgraden R^2	53
KAPITTEL 6 REGRESJONSANALYSER	55
6.1 Analyse av de ti virkestoffene samlet	59
6.1.1 Oppsummering	67
6.2 Analyse av de enkelte virkestoffene	67
6.2.1 Oppsummering	73
6.3 Bytteandel	74
DEL 4: TILTAK FOR Å GJØRE KONKURRANSEN MELLOM PRODUSENTENE HARDERE	77
KAPITTEL 7 STYRKE PORTERS FEM KREFTER	77
7.1 Faren for nyetableringer	77
7.2 Trusselen fra substitutter	79
7.3 Kundernes forhandlingsmakt	79
7.4 Leverandørens forhandlingsmakt.....	79
7.5 Trusselen fra konkurrenter	79
DEL 5: KONSUMENTENES PÅVIRKNING PÅ KONKURRANSEN OG TRINNPRISSYSTEMET.....	80
KAPITTEL 8 TEORI OM MANGELFULL INFORMASJON OM PRISER OG BYTTEKOSTNADER.....	80
8.1 Mangelfull informasjon.....	80
8.1.1 Konsumenter med lite og mye informasjon	81
8.2 Byttekostnader	82
KAPITTEL 9 ANALYSE AV MANGELFULL INFORMASJON OM PRISER OG BYTTEKOSTNADER	84
9.1 Mangelfull informasjon.....	84
9.1.1 Hvor mye informasjon har konsumentene i legemiddelmarkedet?	85
9.2 Byttekostnader	87
KAPITTEL 10 TILTAK TIL HVORDAN INFORMASJON OM PRISER KAN FORBEDRES OG BYTTEKOSTNADENE REDUSERES.....	89
DEL 6: KONKLUSJON OG FORSLAG TIL VIDERE FORSKNING	94
KAPITTEL 11 TOTALVURDERING OG KONKLUSJON	94
KAPITTEL 12 FORSLAG TIL VIDERE FORSKNING	101

KAPITTEL 13 APPENDIKS	102
13.1 Sortering av datamaterialet.....	102
13.2 Informasjon om virkestoffene	103
13.2.1 Ceterizin	103
13.2.2 Quetiapin.....	105
13.2.3 Amlodipine.....	107
13.2.4 Risperidon	109
13.2.5 Simvastatin.....	112
13.2.6 Sumatriptan	115
13.2.7 Diklofenak	118
13.2.8 Metoprolol	121
13.2.9 Omeprazol.....	124
13.2.10 Venlafaksine.....	127
13.3 Teori om mangelfull informasjon	130
13.3.1 Lite informasjon	130
13.3.2 Mye informasjon.....	131
13.4 Intervju med farmasøyter	133
13.5 Intervju med legemiddelprodusenter	143
13.6 Spørreundersøkelse blant leger.....	149
13.7 Figur og tabell	152
KILDER	153
Figur 2.1 Oversikt over inndelingen av apotekene	18
Figur 2.2 Antall innbyggere per apotek i Europa.	19
Figur 2.3 Informasjonskampanjen "Trygt medisinbytte i apotek"	28
Figur 2.4 Oversikt over prisnivået i andre europeiske land.....	31
Figur 2.5 Norges import og eksport av legemidler.....	31
Figur 2.6 Markedsandel for parallellimporterte legemidler.....	32
Figur 3.1 Porters 5-krefter modell.....	34
Figur 3.2 Oversikt over markedsstrukturene og hovedkarakteristika	37
Figur 3.3 Effektivitetstap ved monopol	39
Figur 11.1 Gjennomsnittlig pris og avanse på generiske og originallegemidler	95
Figur 13.1 Profitt ved å bryte fredelig sameksistens.....	131
Figur 13.2 Selskapsstruktur for apotekkjedene	152
Tabell 2.1 Apotekenes bruttomargin 2008 fordelt etter resepttype	20
Tabell 2.2 Alle legemidler forskrevet på resept, millioner kr eksklusiv mva.....	21
Tabell 2.3 Maksimal apotekavanse for reseptpliktige legemidler	23
Tabell 2.4 Prisreduksjoner i trinnprissystemet i 2008.....	25
Tabell 4.1 Herfindal-Hirschman Index for alle virkestoffene	49
Tabell 6.1 Regresjonsanalyser alle virkestoffene samlet	59
Tabell 6.2 Originallegemidler før inklusjon mot originallegemidler etter inklusjon i trinnprissystemet	68
Tabell 6.3 Generiske legemidler før inklusjon mot generiske legemidler etter inklusjon i trinnprissystemet	68
Tabell 6.4 Parallellimporterte legemidler før inklusjon mot parallellimporterte legemidler etter inklusjon i trinnprissystemet	69
Tabell 6.5 Generiske legemidler før inklusjon mot originallegemidler før inklusjon i trinnprissystemet	69

Tabell 6.6 Generiske legemidler etter inklusjon mot originallegemidler etter inklusjon i trinnprissystemet	70
Tabell 6.7 Generiske legemidler før inklusjon mot parallellimporterte legemidler før inklusjon i trinnprissystemet	71
Tabell 6.8 Generiske legemidler etter inklusjon mot parallellimporterte legemidler etter inklusjon i trinnprissystemet	71
Tabell 6.9 Parallellimporterte legemidler før inklusjon mot originallegemidler før inklusjon i trinnprissystemet	72
Tabell 6.10 Parallellimporterte legemidler etter inklusjon mot originallegemidler etter inklusjon i trinnprissystemet	72
Tabell 6.11 Oversikt over bytteandelen til ni av virkestoffene som inngår i analysene	74
Tabell 6.12 Oversikt over bytteandelen til noen utvalgte virkestoff	76
Tabell 13.1 Regresjonsanalyse Ceterizin	103
Tabell 13.2 Herfindahl-Hirschman Index	104
Tabell 13.3 Regresjonsanalyse Quetiapin	105
Tabell 13.4 Herfindahl-Hirschman Index	106
Tabell 13.5 Regresjonsanalyse Amlodipine	107
Tabell 13.6 Herfindahl-Hirschman Index	108
Tabell 13.7 Regresjonsanalyse Risperidon	109
Tabell 13.8 Herfindahl-Hirschman Index	111
Tabell 13.9 Regresjonsanalyse Simvastatin	112
Tabell 13.10 Herfindahl-Hirschman Index	114
Tabell 13.11 Regresjonsanalyse Sumatriptan	115
Tabell 13.12 Herfindahl-Hirschman Index	117
Tabell 13.13 Regresjonsanalyse Diklofenak	118
Tabell 13.14 Herfindahl-Hirschman Index	120
Tabell 13.15 Regresjonsanalyse Metoprolol	121
Tabell 13.16 Herfindahl-Hirschman Index	123
Tabell 13.17 Regresjonsanalyse Omeprazol	124
Tabell 13.18 Herfindahl-Hirschman Index	126
Tabell 13.19 Regresjonsanalyse Venlafaksine	127
Tabell 13.20 Herfindahl-Hirschman Index	129
Tabell 13.21 Antall apotek fordelt etter eierskap	152

SAMMENDRAG

Det har de siste årene vært store endringer i legemiddelmarkedet og denne masterutredningen tar utgangspunkt i endringene som fulgte etter den nye apotekloven fra 2001. Den største endringen var at det ble åpnet for vertikal integrering av apotek og grossist, og horisontal kjededannelse. Kjededannelsen førte til at enkelte av reguleringstiltakene som tidligere fungerte bra, ikke lengre fungerer optimalt, slik som gevinstdelingsmodellen. Det har derfor vært nødvendig med nye tiltak for å sikre effektiv bruk av legemidler og en av de siste endringene i legemiddelmarkedet er trinnprissystemet som ble innført i 2005. Målet med dette systemet er å få ned utgiftene til legemidler for både folketrygden og konsumentene.

I 2006 ble 8,8 % av offentlige helseutgifter brukt på legemidler.¹ Legemidler er en betydelig utgiftspost for myndighetene og det er en stor utfordring å få til en effektiv legemiddelbruk. Økt bruk av generiske legemidler og hardere konkurranse i legemiddelmarkedet, noe som kan resultere i lavere priser og følgelig mindre ressursbruk for både myndighetene og konsumenter, er derfor svært viktig. Trinnprissystemet og byttelisten er viktige tiltak for å få dette til. Denne utredningen vil analysere virkningene av trinnprissystemet og se på om systemet frembringer ønskelige resultater og besparelser. Det vil også bli presentert tiltak til forbedringer underveis i utredningen.

Kapittel 1 gir en kort beskrivelse av utredningens oppbygging og problemstillingen blir presentert. Problemstillingen er:

Trinnprissystemets effekt på folketrygdens og konsumentenes utgifter til legemidler. Vurdering av potensial og analyse av realiteter.

I *kapittel 1* beskrives også utredningens avgrensninger og vår faglige bakgrunn.

Kapittel 2 tar for seg det norske legemiddelmarkedet. Kapitlet skal blant annet gi leseren bakgrunnsinformasjon om de ulike reguleringene bransjen står overfor og myndighetenes mål med disse. Informasjonen er nyttig bakgrunnsinformasjon for å forstå utredningens analyser og konklusjoner. *Kapittel 2* starter med å nevne noen av endringene som har skjedd i legemiddelmarkedet de siste årene. Videre beskrives blant annet hva som påvirker legemiddelforbruket, apotekenes omsetning og de ulike reguleringene.

¹ Riksrevisjonen 2009

Det er i dag tre kjeder som dominerer legemiddelmarkedet. Det er Alliance apotek, Vitusapotek og Apotek 1. Disse er vertikalt integrert med grossister, henholdsvis Holtung AS, NMD Grossisthandel AS og Apokjeden Distribusjon AS.²

Apotekenes omsetning har økt de siste årene og de hadde i 2008 en totalomsetning på ca. 21,8 milliarder kroner inkludert mva. Reseptpliktige varer står for størstedelen av omsetningen, men mye av apotekenes avanse hentes fra reseptfrie legemidler og andre apotekvarer. Dette er også blitt tydeligere de siste årene, og ved å se på utvalget og plasseringen av handelsvarer i apotek, kan det sees at disse varene blir viet stadig større oppmerksomhet. Fra intervju med en farmasøyt kom det fram at handelsvarer er avgjørende for at apotekene skal få et brukbart resultat og at på grunn av lave avansesatser på reseptpliktige legemidler i apotek er handelsvarer blitt svært viktige.

I dag er apotekenes maksimale innkjøpspris (AIP) og maksimale utsalgspris (AUP) regulert. AIP er lik gjennomsnittet av de tre laveste markedsprisene på legemidler i følgende ni land: Sverige, Finland, Danmark, Tyskland, Storbritannia, Nederland, Østerrike, Belgia og Irland. Dette kalles internasjonal referanseprising. Avansen til apotekene fastsettes med en bestemt prosentsats og et kronetillegg per pakning, avhengig av AIP. AUP fremkommer ved at AIP og avansen summeres og tillegges merverdiavgift på 25 %. Den prisen som framkommer blir den maksimale prisen apotek kan selge legemidlet ut til konsument, men de står fritt til å velge en lavere pris enn denne.

Avansesatsene består av et prosenttillegg, noe som fører til at avansen i kroner øker for apotekene jo høyere innkjøpsprisen er. For å gi apotekene incentiv til å forhandle ned sine innkjøpspriser ble gevinstdelingsmodellen innført. Gevinstdelingsmodellen går ut på dersom apotekene oppnår lavere innkjøpspris enn maksimal AIP kan de beholde 50 % av differansen mellom maksimal AUP og den AUP som framkommer ved at maksimal avanse tillegges oppnådd AIP.³ For apotekene betyr dette at de får høyere avanse hvis de forhandler ned sine innkjøpspriser, men denne økte avansen vil utløse et enda større fall i grossistavansen. For kjedene vil samlet kroneavanse øke dersom AIP øker og de vil derfor ha et incentiv til å benytte seg av maksimal AIP. Dette bidrar til at hensikten med gevinstdelingsmodellen faller bort,⁴ men overfor selvstendige apotek vil den kunne fungere.

Denne utredningen fokuserer mye på generiske legemidler og hvordan andelen som bytter til generiske legemidler kan økes. *Kapittel 2* gir derfor en innføring i hva generiske legemidler er og

² Apotekforeningen 2008

³ Brekke og Straume 2003

⁴ Dalen 2002

hvordan de, sammen med byttelisten, er viktige virkemidler for å få ned utgiftene til legemidler. Et generisk legemiddel er et kopilegemiddel som inneholder samme virkestoff som originallegemiddelet og som derfor har lik medisinsk virkning for de fleste konsumenter. Byttelisten angir hvilke legemidler med samme virkestoff som er generisk og medisinsk likeverdige, og som kan selges i Norge. Byttelisten åpner for at apotek kan utlevere et billigere legemiddel med samme virkestoff enn det som står på resepten, dersom et slikt alternativ finnes.⁵ I byttegruppen inngår original- og generiske legemidler og parallellimporterte originallegemidler.⁶ Et parallellimportert legemiddel tilsvarer det opprinnelige legemidlet i Norge og produseres av samme legemiddelfirma, men det importeres fra et land hvor det er rimeligere enn i Norge.

Trinnprissystemet, som er et sentralt punkt i utredningen, presenteres også i *kapittel 2*. Trinnprissystemet er et instrument for å kutte prisene på legemidler der det er stabil generisk konkurranse og skal sørge for at legemidler som opprinnelig var høyprislegemidler, automatisk går ned i pris trinnvis. Målet er at systemet skal redusere folketrygdens og pasientenes utgifter knyttet til byttbare legemidler.⁷ For at et virkestoff skal tas opp i trinnprissystemet må originallegemiddelet ha mistet sitt patent og fått konkurranse av likeverdige legemidler.⁸ Trinnprisene fastsettes på AUP nivå.⁹

Det var kjedene som foreslo for myndighetene å opprette trinnprissystemet. Det gjorde de fordi vertikal integrasjon og generisk bytte setter apotek/grossist i en sterk forhandlingsposisjon overfor leverandører av byttbare legemidler. Grunnen til det er at leverandører som krever for høye priser vil erfare at deres produkter blir byttet ut i apotek. Det er derfor en øvre grense for hvor høy pris leverandørene kan forlange. Uten generisk bytte mister grossistene denne forhandlingsposisjonen.

Et annet virkemiddel som brukes for å redusere legemiddelutgiftene er ordningen med foretrukket legemiddel. Gjennom denne ordningen fastsetter myndighetene hvilke virkestoff som skal være førstevalg innenfor et terapiområde ved rekvirering på blå resept.¹⁰ Legene er pålagt å skrive ut det foretrukne virkestoffet til pasientene. Dersom andre virkestoff enn det foretrukne benyttes, må det være tungtveiende medisinske grunner som tilsier dette. De foretrukne virkestoffene anses av myndighetene å være de mest kostnadseffektive ved behandling av bestemte sykdommer.

⁵ Line

⁶ Johnsen 2003

⁷ www.legemiddelverket.no

⁸ Line

⁹ www.tidsskriftet.no

¹⁰ Apotekforeningen 2008

Del 2 tar for seg markedsstrukturen. I *kapittel 3* presenteres relevant teori som handler om markedsstruktur og konkurransen i markedet. Her blir blant annet Porters 5-krefter modell presentert. I neste kapittel blir det norske legemiddelmarkedet analysert med bakgrunn i presentert teori og bransjekunnskap fra *kapittel 2*. Markedet blir analysert fra produsentenes ståsted. Først blir det relevante markedet definert og det konkluderes med at det relevante produktmarkedet er legemidler som behandler samme sykdom/symptom, og at Norge er et eget geografisk marked.

Deretter blir de ulike kreftene i Porters modell analysert. Under patentperioden er faren for nyetableringer lav, trusselen fra substitutter lav, kundenes forhandlingsmakt lav, mens leverandørens forhandlingsmakt avhenger av om innsatsfaktorene er patentbeskyttet eller ikke. Konklusjonen blir derfor at konkurransen i markedet er lav og potensialet for lønnsomhet er høyt. Flere virkestoff kan konkurrere innenfor samme sykdomsområde, men siden det bare er én leverandør av et gitt virkestoff vil konkurransen være lav.

Etter patentutløp vil faren for nyetableringer være lav til middels, trusselen fra substitutter lav, kundens forhandlingsmakt høy, mens leverandørens forhandlingsmakt fremdeles er uklar. Konkurransen vil derfor være hardere enn det den er i patentperioden og dette vil påvirke lønnsomheten. Trinnprissystemet fører til at virkestoffene som er inkludert i systemet går ned i pris. Redusert pris vil føre til lavere lønnsomhet i bransjen siden priskutt ikke resulterer i høyere kvantum av et virkestoff ettersom konsumenter bare kjøper det kvantum legen forskriver.

Videre blir det drøftet hvorvidt legemiddelprodusentene er strategisk avhengige av hverandre. Det konkluderes her med at de er det. Ettersom produsentene også har markedsrett blir konklusjonen at produsentene under patentperioden opererer i et monopol, men etter patentutløp er markedsstrukturen karakterisert av oligopolistisk konkurranse. Herfindal-Hirschman indeksen blir også beregnet og viser at det er høy konsentrasjon i markedet. Dette støtter opp om at det er oligopolistisk konkurranse etter patentutløp.

Del 3 tar for seg hvordan trinnprissystemet har påvirket prisene og om systemet har hatt ønsket virkning. Først presenteres relevant teori og deretter fremlegges de ulike hypotesene som blir testet. Det er utført regresjonsanalyser for å se hvordan AUP per milligram på legemidler innenfor et virkestoff påvirkes av at virkestoffet går fra å ikke være inkludert i trinnprissystemet, til det er inkludert i dette systemet. Analysene inkluderer de 10 mest omsatte virkestoffene som har inngått i trinnprissystemet i minst 12 måneder med utgangspunkt i legemiddelets omsetning per januar 2009.

Det er utført regresjonsanalyser for alle virkestoffene samlet, og deretter for alle virkestoffene separat. Til sammen er det utført 89 regresjonsanalyser. Variablene som er inkludert i regresjonsanalysene er *Kvantum*, *Milligram*, *Etter*, *Parallell* og *Original*. Variablene *Kvantum* og *Milligram* er inkludert for å justere for at produsenter tilbyr legemidler i ulike størrelser og med ulik styrke. *Kvantum* er antall tabletter i en pakning og denne variabelen viser hvor mye dette påvirker AUP per milligram. Større kvantum kan gi kvantumsrabatt og er derfor tatt hensyn til i regresjonsanalysen. Variabelen *Milligram* er inkludert fordi datamaterialet viser at pakninger med høyere milligram er billigere enn pakninger med lavere dose av milligram. De resterende variablene er dummyvariabler.

Regresjonsanalysene for alle virkestoffene samlet viser at for generiske og parallellimporterte legemidler vil AUP per milligram gå ned etter inklusjon i trinnprissystemet. I disse tilfellene virker trinnprissystemet etter sin hensikt, nemlig å senke prisene på legemidler. For originallegemidler kan det ikke konkluderes med det samme ettersom variabelen *Etter* ikke er signifikant her. I regresjonsanalysene hvor det testes for forskjeller i AUP per milligram mellom generiske, original- og parallellimporterte legemidler er ikke variablene det testes for signifikante. Det kan derfor ikke konkluderes med at det er forskjeller mellom disse legemidlene når det sees på AUP per milligram. Dette kan være et tegn på at generiske, parallellimporterte og originallegemidler ikke kan sette forskjellige priser på grunn av hard priskonkurranse.

Etter den samlede analysen blir de ulike virkestoffene analysert separat. Fra de analysene konkluderes det med at innføring av trinnprissystemet har hatt ønsket virkning på AUP per milligram for de generiske legemidlene, nemlig redusert pris. Originallegemidlene har signifikant redusert prisen i 50 % av tilfellene, noe som tilsier at inklusjon i trinnprissystemet har en noe uklar virkning på disse legemidlene. Noen produsenter velger å holde en høy pris og dermed beholde sine trofaste kunder, mens andre reduserer prisen etter inklusjon i trinnprissystemet. For de parallellimporterte legemidlene er det også vanskelig å trekke en konklusjon fordi variablene *Etter* bare er signifikant for noen av virkestoffene.

De individuelle analysene viser at for halvparten av virkestoffene er originallegemidlet priset signifikant lavere enn parallellimporterte legemidler. Dette er overraskende fordi parallellimporterte legemidler importeres fordi de er billigere. Det er tydelig at billigere parallellimporterte legemidler som kjøpes av grossist ikke kommer konsumentene til gode gjennom lavere priser. Det ble også bekreftet av en ansatt i Legemiddelindustriforeningen at original- og parallellimporterte legemidler selges til omtrent samme pris i apotek.

Videre viser analysene at generiske legemidler stort sett har lavere pris enn originallegemidler. Dette viser at de generiske legemidlene må prises under originallegemidlene for å bli foretrukket av konsumentene. Dette kan tyde på at originallegemidlet har opparbeidet seg et merkenavn under patenttiden og dermed har lojale kunder som ikke ønsker å bytte til et rimeligere legemiddel. Det kan også tenkes at originallegemidlene prises høyere fordi det finnes konsumenter som av medisinske grunner ikke kan bytte til et annet legemiddel og at de derfor alltid vil ha noe etterspørsel som gir produsentene av originallegemidler mulighet til å sette en høyere pris.

I del 4 presenteres tiltak til hvordan konkurransen i legemiddelmarkedet kan gjøres hardere. Del 4 inneholder *kapittel 7* hvor det drøftes hvordan kreftene i Porters 5-krefter modell kan styrkes og konkurransen gjøres hardere. Den svakeste kraften, og den som er viktigst å styrke, er faren for nyetableringer. Her blir det nevnt flere tiltak som myndighetene kan iverksette. For at hardere konkurranse skal gi konsumentene lavere priser bør grossistenes avanse reguleres, slik at lave priser fra produsentene kommer konsumentene til gode

Del 5 handler om konsumentenes påvirkning på konkurransen og trinnprissystemet, og i *kapittel 8* presenteres teori om mangelfull informasjon om priser og byttekostnader. I *kapittel 9* brukes denne teorikunnskapen til å analysere hvordan det er i det norske legemiddelmarkedet. I denne delen inngår blant annet informasjon som har framkommet i intervjuer med farmasøyter fra de tre integrerte kjedene. Her kom det fram at det er en god del konsumenter som bytter over til et rimeligere alternativ enn det legen forskriver, men at mange konsumenter mangler nødvendig informasjon om priser og generiske legemidler. Å gjøre informasjonen om priser og generiske legemidler bedre er det tiltaket som kan fungere best for å få flere til å bytte til generiske legemidler og skape mer priskonkurranse i legemiddelmarkedet. Blir konkurransen mellom original- og generiske legemidler hardere kan dette føre til at prisen på legemidler presses nedover til trinnprisen, og formålet med trinnprissystemet vil i større grad bli oppfylt. Mangelfull informasjon vil påvirke markedsstrukturen og mer informasjon om priser kan føre til hardere konkurranse og lavere priser på legemidler.

Når det gjelder byttekostnader er det de psykologiske kostnadene og lærekostnadene som er relevante. Ved bytte til et nytt legemiddel vil ofte form og farge endres og dette kan skape problemer for enkelte konsumenter, spesielt de som bruker flere legemidler. Psykologiske kostnader kan komme som følge av vane for å kjøpe originallegemidlet og derfor kan det være ønskelig å kjøpe det fremfor et generisk legemiddel. Dette ble også bekreftet i intervju med en farmasøyt.

I *kapittel 10* presenteres tiltak til hvordan informasjon om priser kan bedres og byttekostnadene reduseres. Et tiltak er å få flere leger til å informere konsumentene om at det finnes generiske legemidler. Leger har på den annen side en travel hverdag, men dersom de hadde hatt plakater og brosjyrer tilgjengelig på legekantorene som opplyste om at bytte er trygt, ville dette kunne bidratt til at flere konsumenter ville følt seg trygge på å bytte. Et annet tiltak som trolig ville vært effektivt er om legene ble pålagt å skrive virkestoffet på resepten, og ikke merkenavn. Da hadde konsumenten fått utlevert det legemiddelet som til en hver tid er billigst, og bytte i apotek ville ikke blitt sett på som kontroversielt fra konsumentenes side. Siden samfunnet kunne spare mye på at flere bytter til generiske legemidler burde staten tatt på seg jobben med å øke informasjonen om byttbare legemidler hos konsumentene.

Utredningen avsluttes med del 6 som er konklusjon og forslag til videre forskning. Det viktigste forslaget er å inkludere mer enn ti virkestoff i analysene. *Kapittel 13* er et appendiks og inneholder blant annet informasjon om de ulike virkestoffene som er analysert i utredningen, samt alle resultatene fra regresjonsanalysene.

DEL 1: INNLEDNING OG BAKGRUNN

KAPITTEL 1 INNLEDNING

Denne utredningen vil i stor grad fokusere på innføringen av trinnprissystemet og hvilke effekter det har hatt på markedet og samfunnet.

1.1 Problemstilling

Problemstillingen som blir belyst er:

<p style="text-align: center;">Trinnprissystemets effekt på folketrygdens og konsumentenes utgifter til legemidler. Vurdering av potensial og analyse av realiteter.</p>

Utredningen ser på reseptpliktige legemidler og grunnen til dette er at vi ønsker å se på hvordan myndighetenes regulering av disse legemidlene påvirker konkurransen og samfunnets utgifter. Utredningens fokus vil være på hvilken påvirkning trinnprissystemet har hatt på prisene i legemiddelmarkedet, og hvordan dette påvirker folketrygdens og konsumentenes utgifter til legemidler. Vi har sett på hvordan prisene på original-, generiske og parallellimporterte legemidler innenfor flere virkestoff endres når disse virkestoffene blir inkludert i trinnprissystemet. Ved å se på hvordan prisene på legemidler påvirkes av inklusjon i dette systemet kan effekten av trinnprissystemet vurderes, og det kan vurderes om systemet fungerer etter sin hensikt.

Noe av fokuset i utredningen er også på hvordan konkurransen i legemiddelmarkedet blant produsentene kan gjøres hardere for å få lavere priser på legemidler. Lavere priser kan føre til at potensialet ved trinnprissystemet i større grad kan oppnås. Hvordan mangelfull informasjon blant konsumentene påvirker konkurransen i markedet vil også bli analysert.

1.2 Avgrensninger

Analysene i denne utredningen fokuserer på ti virkestoff. Virkestoffene som vil bli analysert er de ti mest omsatte virkestoffene som har inngått i trinnprissystemet i minst 12 måneder med utgangspunkt i legemiddelets omsetning per januar 2009. Denne avgrensningen er gjort for å gjøre utredningen mer overkommelig da vi har hatt en begrenset tidsperiode til rådighet. Ettersom bare ti virkestoff er inkludert må det vises varsomhet i forhold til å generalisere resultatene som fremkommer i denne utredningen til øvrige virkestoff.

1.3 Utredningens oppbygging

Utredningen er delt inn i seks deler. Den første delen inneholder innledning og en beskrivelse av legemiddelmarkedet. Neste del handler om hvilken markedsstruktur som eksisterer sett fra legemiddelprodusentenes ståsted. Her presenteres teori om relevant marked, Porters 5-krefter modell og teori som handler om hvilken markedsstruktur et marked er kjennetegnet av. Teoriene vil så bli anvendt for å analysere hvilken markedsstruktur legemiddelmarkedet er karakterisert av og for å analysere hvor hard konkurransen er mellom legemiddelprodusentene.

I del 3 vil teori om analysemetoder bli presentert og datamaterialet analysert. Det blir utført regresjonsanalyser for å finne ut om inklusjon i trinnprissystemet har påvirkning på prisen til legemidlene. Prisen som blir analysert er apotekenes utsalgspris til konsumentene.

Resultatene fra del 2 og 3 viser at det er potensial for lavere legemiddelpriser, og i del 4 blir tiltak for å øke konkurransen i markedet mellom legemiddelprodusentene drøftet.

Del 5 av utredningen fokuserer på konsumentenes påvirkning på konkurransen og trinnprissystemet. Her presenteres teori om mangelfull informasjon om priser og byttekostnader. Videre diskuteres betydningen av at konsumentene har mangelfull informasjon om priser og generiske legemidler, og hvordan dette påvirker hvor mange som bytter til et rimeligere legemiddel. Deretter diskuteres tiltak som kan innføres for å bedre informasjonen til konsumentene og på den måten få flere godt informerte konsumenter som gjerne lettere vil bytte til et billigere legemiddel. Bytte kan på den annen side medføre byttekostnader, og dette vil også bli belyst. I denne delen har vi brukt informasjon fra intervjuer med farmasøyter i de tre integrerte apotekkjedene; Vitusapotek, Apotek 1 og Alliance apotek. Intervjuene fokuserer blant annet på hvordan farmasøytene oppfatter at konsumenter stiller seg til å bytte til et annet legemiddel enn det legen har forskrevet og hvilken rolle mangelfull informasjon har i forhold til andelen kunder som bytter til et rimeligere, generisk legemiddel. I del 5 er det også benyttet informasjon som har framkommet gjennom intervjuer med ulike legemiddelprodusenter og Legemiddelindustriforeningen. Intervjuene handler om konkurransen mellom de ulike produsentene og hvilke oppfatninger de har rundt de ulike reguleringstiltakene. Spørsmål og svar fra intervjuene er vedlagt i appendikset.

Utredningen avslutter med del 6 som gir en totalvurdering og konklusjon på utredningen, samt forslag til videre forskning. Det har blitt utført en spørreundersøkelse blant leger, og svarene fra denne undersøkelsen blir drøftet i denne delen. Det var for få respondenter til å gjøre statistiske analyser, og av den grunn er det bare drøftet litt rundt resultatene. Spørreundersøkelsen fokuserer

på hvor mye informasjon leger har om generiske legemidler og om de informerer pasienter om generiske legemidler. Det blir også stilt spørsmål om hvilken holdning de har til mulige tiltak for å øke generikaandelen. Spørreundersøkelsen ble utført med programmet Refleks, og svarene er vedlagt i appendikset.

Vi har i forbindelse med utredningen samarbeidet med Apotekforeningen. I starten av arbeidet var vi på besøk i deres lokaler i Oslo hvor vi fikk en innføring i legemiddelmarkedet og noen av utfordringene markedet står overfor. Innføringen ble gitt av Jon Andersen, og innkjøpsdirektør for Vitusapotek var også til stede og ga sitt syn på hvordan markedet fungerer. Besøket ble avsluttet med en "apoteksafari" hvor vi besøkte ulike apotek, både kjedepotek og frittstående apotek, for å se på de ulike utformingene og plasseringen av ulike varer.

1.4 Faglig grunnlag

Utredningen er skrevet som en avsluttende oppgave ved Norges Handelshøyskole i Bergen. Vi har begge tatt hovedprofilen økonomisk styring og mener at de fagene vi har tatt i masterstudiet, sammen med bachelorgraden vår i økonomi og administrasjon, har gitt oss den nødvendige teoretiske kunnskapen for å gjennomføre denne utredningen.

KAPITTEL 2 BAKGRUNN

Legemiddelindustrien er svært kompleks og dynamisk, og har vært utsatt for raske endringer i regulatoriske rammevilkår og markedsforhold. I 2001 ble det innført en ny apoteklov og det har vært flere ulike reformer i denne industrien de siste tiårene. Eksempler på dette er opphevelsen av Norsk Medisinal Depots (NMD) monopolstilling som grossist og innføring av maksimalprisregulering i 1995, internasjonal referanseprising fra 2001,¹¹ og trinnprissystemet i 2005.¹²

Formålet med den nye apotekloven fra 2001 er blant annet å sikre en forsvarlig legemiddeldistribusjon som ivaretar legemiddelets kvalitet og kjøpernes informasjonsbehov.¹³ Med den gamle apotekloven var det kun farmasøyter som kunne eie og drive apotek, men med den nye loven trengs det bare konsesjon til eierskap, som gis alle unntatt forskrivere og farmasøytisk industri, og konsesjon til drift som er forbeholdt master i farmasi.¹⁴ De nye reglene åpnet for dannelse av apotekkjeder og vertikal integrering hvor apotekkjedene er integrert med grossistledet.¹⁵ Siktemålet med fri etableringsrett er å skape en mer markedsbasert apotekstruktur hvor eiernes økonomiske vurdering av lokalisering og etablering i større grad skal være bestemmende for etablering, i motsetning til tidligere, da det var Statens Helsetilsyn som bestemte tildeling av apotekkonsesjoner.¹⁶

I legemiddelindustrien står forskning og utvikling sentralt og produsentene konkurrerer om å utvikle nye legemidler med gode terapeutiske effekter på kjente og nye sykdommer.¹⁷ Et av incentivene bak utviklingen av nye legemidler er patentordningen som gir produsenten av et nytt virkestoff monopol i patentperioden som vanligvis varer i 20 år.¹⁸

Forbruket av legemidler i Norge har vist en jevn vekst i mange år. En viktig årsak til denne økningen er at andelen eldre i befolkningen har økt, og ettersom legemiddelbruken ofte stiger med alderen, er dette en viktig forklaring på veksten i markedet. En annen forklaring er at det har kommet flere legemidler til nye sykdomsområder og plager hvor det tidligere ikke fantes tilbud om legemiddelbehandling, som for eksempel demens. Økende bruk av legemidler i forbindelse med forebyggende behandling av sykdom har også bidratt til denne veksten.

¹¹ Brekke og Straume 2003

¹² Line

¹³ Apotekforeningen 2009

¹⁴ Gjesteforelesning av Jon Andersen, NHH 2008

¹⁵ Apotekforeningen 2008

¹⁶ Dalen 2003

¹⁷ Dalen 2002

¹⁸ Line

Det er flere faktorer som påvirker omsetningen (kroner) av legemidler i Norge. De viktigste faktorene er:

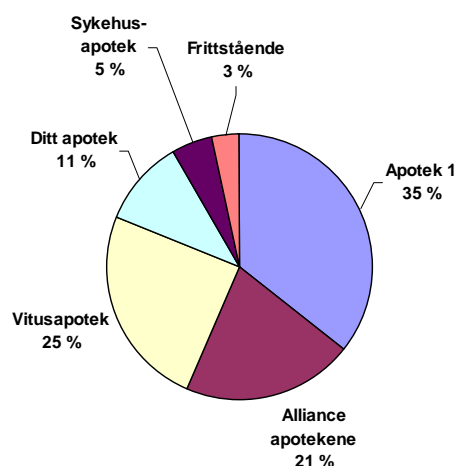
- Det samlede forbruket av legemidler (målt i definerte døgndoser, DDD).
- Prisutviklingen av legemidler som er godkjent for bruk i Norge.
- Introduksjon av nye legemidler, prisen som settes på disse og i hvilken grad de erstatter eldre og ofte billigere legemidler.
- Patentutløp for legemidler.

2.1 Markedet

I dag er det tre kjeder som dominerer legemiddelmarkedet; Alliance apotek, Vitusapotek og Apotek 1. Disse er vertikalt integrert med grossister, henholdsvis Holtung AS, NMD Grossisthandel AS og Apokjeden Distribusjon AS.

Fra 2001, da den nye apotekloven trådte i kraft, til utgangen av 2008 er det netto etablert 239 nye apotek. Flere av disse er etablert i områder med lav apotekdekning.¹⁹ Per 01.01.09 var det 3 fullsortimentsgrossister, en del nisjegrossister, 516 integrerte apotek, 33 sykehusapotek og 87 andre apotek.²⁰ Andre apotek er frittstående apotek som enten er knyttet til Ditt Apotek, som er et medlemsstyrt kjedesamarbeid for frittstående apotek, eller apotek som har en leveringsavtale med en grossist. De fleste av apotekene som kun har en slik leveringsavtale er knyttet til Apotekkjeden, som primært er et innkjøpsamarbeid som blant annet forhandler frem en felles grossistavtale for medlemmene.²¹

Figur 2.1 Oversikt over inndelingen av apotekene



Kilde: Gjesteforelesning Jon Andersen, NHH 2008

¹⁹ Apotekforeningen 2009

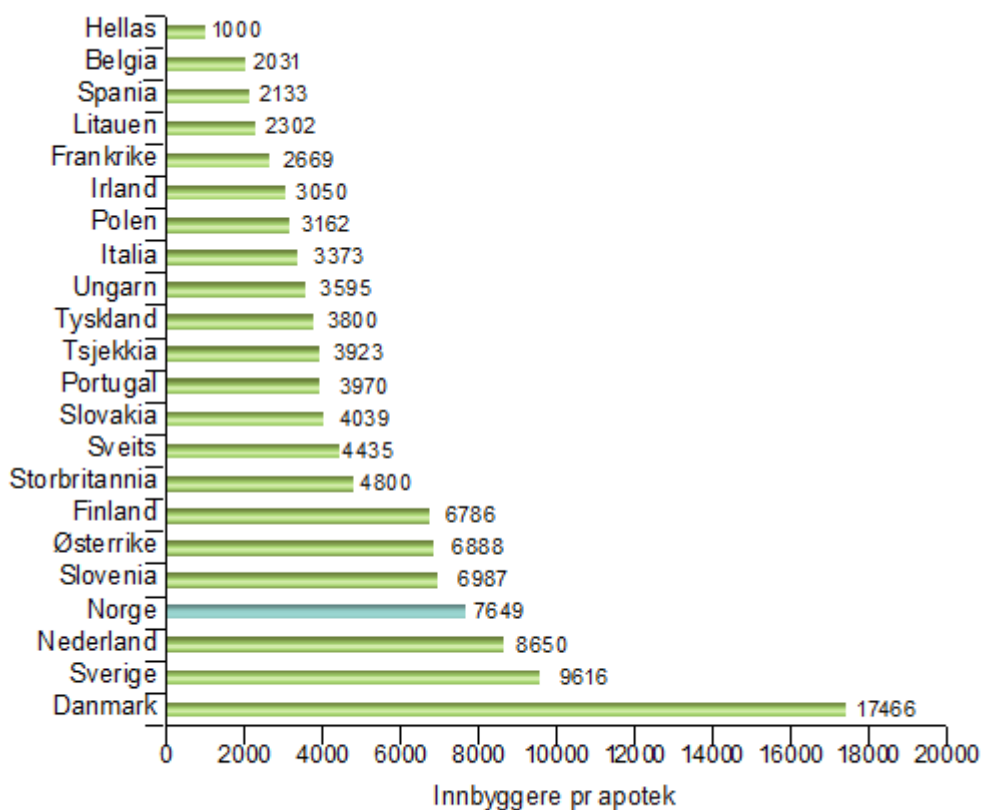
²⁰ Forelesning hos Apotekforeningen 2009

²¹ Apotekforeningen 2008

På steder der det ikke er mulig å etablere apotek, kan det etableres medisinutsalgsalg. Medisinutsalgsalg er et separat utleveringssted for legemidler, underlagt et lokalt apotek. Medisinutsalgsalgene er ofte lokalisert i en dagligvarebutikk, men de kan også plasseres i parfymier eller på postkontorer. Per 6. januar 2009 var det registrert 1159 medisinutsalgsalg i Norge og omkring halvparten av landets apotek har medisinutsalgsalg knyttet til seg.²²

I forhold til de andre europeiske landene er apotekdekningen dårlig i Norge. I 2007 var det i Norge 7649 innbyggere per apotek, i motsetning til 1000 i Hellas.²³ Dette tallet er på vei nedover da det i 2006 var 8115 innbyggere per apotek.

Figur 2.2 Antall innbyggere per apotek i Europa.



Tall fra 2007

Kilde: Legemiddelindustriforeningens presentasjon; Tall og fakta 2009

²² Apotekforeningen 2009

²³ www.lmi.no

2.2 Omsetning

Apotekene hadde i 2008 en totalomsetning på ca. 21,8 milliarder kroner inkludert mva. Dette er en økning på 4,6 % sammenlignet med 2007. Apotekenes totale salg av legemidler utgjorde 17,1 milliarder, hvorav 88 % kom fra reseptpliktige legemidler og de resterende 12 % fra reseptfrie legemidler. Resten av omsetningen kommer fra handelsvarer som inkluderer andre helsepleieartikler og varer som selges i apotek. Selv om reseptpliktige legemidler utgjør størstedelen av apotekenes totale omsetning, bidrar denne delen til mindre enn halvparten av den samlede bruttfortjenesten (gjelder ikke for sykehusapotekene). Dette betyr at mye av apotekenes avanse hentes fra reseptfrie legemidler og andre apotekvarer.²⁴

Fordelingen av apotekenes bruttomargin for 2008 er summert i tabellen under:

Tabell 2.1 Apotekenes bruttomargin 2008 fordelt etter resepttype

Resepttype	Andel av omsetning på resept	Bruttomargin 2008	Prosent endring 2007-2008
Blå resept	72,2	16,3	2,2
Hvit resept	18,7	30,1	0,9
H-resept*	7,2	5,0	-4,6
Total		18,2	-0,2

*H-resept (helseforetak-resept) er hvite resepter som tidligere ble skrevet på blå resept. Legemiddelbrukeren får dekket 100 % av kostnaden og betaler ikke egenandel.

Kilde: Apotekforeningen 2009

Myndighetene har legemiddelpolitiske mål med reguleringen av legemidler i Norge. Disse målene er:

- Riktig legemiddelbruk, både medisinsk og økonomisk.
- Pasienter skal ha tilgang til sikre og effektive legemidler, uavhengig av betalingsevne.
- Legemidler skal ha lavest mulig pris.²⁵

Til tross for disse målene ser vi at andelen pasientene må dekke har økt fra 2004 til 2007, som vist i tabell 2.2

²⁴ Apotekforeningen 2009

²⁵ www.regjeringen.no

Tabell 2.2 Alle legemidler forskrevet på resept, millioner kr eksklusiv mva.

År	Omsetning (kr)	Folketrygden betaler (kr)	Helseforetaket betaler (kr)	Egenbetaling (kr)	Egenbetaling (%)
2004	12 900	9 341	0	3 557	27,60 %
2005	13 169	9 441	0	3 727	28,30 %
2006	13 187	9 082	356	3 739	28,40 %
2007	13 536	8 931	692	3 917	28,90 %

Kilde: Forelesning av Jon Andersen, Apotekforeningen 2009

2.3 Dagens regulering

Årsaken til at prisene i et marked reguleres er at forholdet mellom tilbuds- og etterspørselssiden ikke gir samfunnsøkonomisk optimal pris. Teoretisk sett er en samfunnsøkonomisk optimal pris den prisen som framkommer når produksjonskostnadene er lik kundenes betalingsvilje.²⁶

Den viktigste begrunnelsen for regulering av legemiddelmarkedet er å skjerme samfunnet og befolkningen mot urimelig høye priser.²⁷ Det er flere sider ved legemiddelmarkedet som tilsier at det bør reguleres. De viktigste grunnene er:

- Folketrygden refunderer en stor del av pasientens utgifter slik at pasienten ikke står overfor de reelle prisene på legemiddelet.
- Legen skriver ut legemidler på vegne av pasienten. Legen har heller ingen økonomiske forpliktelser.
- Flere legemidler er på patent.
- På tilbudssiden er det tre store apotekkjeder som er integrert med hver sin grossist.²⁸

Dette fører til at etterspørselen er kjennetegnet med lav priselastisitet. Prisen spiller en mindre rolle for konsumentene ettersom det er staten som står for størstedelen av utgiftene.²⁹ I 2007 utgjorde statens utgifter til refunderbare legemidler ca. 89 % av den samlede legemiddelomsetningen (både refusjon på blå resept og frikort).³⁰

²⁶ Line

²⁷ Apotekforeningen 2008

²⁸ Line

²⁹ Brekke og Straume 2003

³⁰ Line

2.3.1 Maksimalprisreguleringen

Apotekets maksimale innkjøpspris (AIP) og apotekets maksimale utsalgspris (AUP) blir regulert. Prisfastsettelsen utføres av Statens Legemiddelverk (SLV) som fastsetter maksimalpriser på alle humane, reseptpliktige legemidler med markedsføringstillatelse, uavhengig av om legemidlet er patentbeskyttet. Dette gjøres i tre omganger:

1: Internasjonal referanseprising

Den maksimale innkjøpsprisen for apotek (AIP) er lik gjennomsnittet av de tre laveste markedsprisene på legemidler i følgende ni land: Sverige, Finland, Danmark, Tyskland, Storbritannia, Nederland, Østerrike, Belgia og Irland. Dette kalles internasjonal referanseprising og disse ni landene blir sett på som mest relevante å sammenligne Norge med.³¹ Det er produsentene av legemidlene som må dokumentere hvilke priser som blir tatt i de ni landene. Statens Legemiddelverk baserer seg i stor grad på at produsentene rapporterer korrekt, og det gjennomføres få kontroller av disse opplysningene. Statens Legemiddelverk har gjennom en risikovurdering kommet frem til at det ikke er nødvendig å bruke ytterlige ressurser til kontroll av prisopplysningene sett i forhold til behovet for ressurser på andre områder.³² Statens Legemiddelverk foretar årlige justeringer dersom prisene i referanselandene endrer seg. Prissammenligningen er basert på prisen til originallegemiddelet og maksimalprisen vil være den samme også for generiske legemidler (kopiprodukter med samme virkestoff).³³

Mange land har etter hvert innført internasjonal referanseprising. Gruppen av sammenlignbare land består vanligvis av land med et tilsvarende generelt pris- og inntekstnivå. Når mange land tar i bruk en slik regulering, vil dette bidra til at legemiddelprisene blir mer lik i de forskjellige landene. En mulig konsekvens av dette er at produsentene kan ha et incentiv til å utsette introduksjon av nye legemidler for om mulig å oppnå en høyere pris i introduksjonslandet. Det er viktig for produsentene med høy pris i introduksjonslandet ettersom denne prisen "eksporteres" til andre land som benytter seg av internasjonal referanseprising.³⁴

2: Avansefastsettelse

Avansen til apotekene fastsettes med en bestemt prosentsats og et kronetillegg per pakning, avhengig av AIP. For legemidler med narkotiske og/eller psykotrope stoffer (A- eller B-preparater) er det også et ekstra kronetillegg. Fra 01.01.09 ble disse avansesatsene endret og i tabellen under vises

³¹ Apotekforeningen 2008

³² Riksrevisjonen 2009

³³ Dalen og Strøm 2004

³⁴ Brekke et al 2008

gamle og nye avansesatser. AUP for de legemidlene som er brukt i denne utredningen er basert på de gamle avansesatsene.

Tabell 2.3 Maksimal apotekavanse for reseptpliktige legemidler

Gamle avansesatser	Nye avansesatser
8 pst av innkjøpspris under 200 kr	7 pst av innkjøpspris under 200 kr
5 pst av innkjøpspris over 200 kr	4 pst av innkjøpspris over 200 kr
21,50 kr kronetillegg pr pakning	22,00 kr kronetillegg pr pakning
10 kr tillegg for A-/B- preparater	10 kr tillegg for A-/B- preparater

Kilde: Apotekforeningen 2009

Apotekene har i mer enn hundre år betalt en avgift til statskassen på legemiddelomsetningen. I 2002 erstattet myndighetene det som ble kalt apotekavgiften med legemiddelomsetningsavgiften. Apotekavgiften var en progressiv avgift innkrevd på detaljistnivå, mens legemiddelomsetningsavgiften er en flat avgift innkrevd på grossistnivå.³⁵ Avgiften som tidligere kunne tillegges utsalgsprisen, må nå trekkes fra apotekets avanse, noe som bidrar til å redusere den reelle bruttomarginen apoteket sitter igjen med.³⁶ Fra 01.01.09 ble denne avgiften redusert fra 1,3 % til 0,55 % for å nøytralisere de lavere avansesatsene. Avgiftsreduksjonen forventes å gi en besparelse for apotekene på ca. 66 millioner kroner. Avansereduksjonen vil på den annen side redusere avansen til apotekene med 100 millioner kroner. Dette vil gi en innsparing på omtrent 51 millioner kroner for folketrygden ettersom prisene vil bli lavere.³⁷ Resten av besparelsen tilfaller konsumentene.

Grossistenes innkjøpspris blir ikke regulert. Grossistene kan uavhengig av hvilken innkjøpspris de forhandler fram selge videre til apotek til maksimal AIP. Av den grunn vil ikke nødvendigvis rabatter og gode innkjøpsavtaler komme konsumentene til gode, men heller bidra til å øke grossistenes fortjeneste.

3: Merverdiavgift

Apotekets innkjøpspris summeres med avansen og summen tillegges mva. på 25 %. Dette blir da den maksimale prisen et apotek kan selge legemiddelet for (maksimal AUP).³⁸

³⁵ Apotekforeningen 2009

³⁶ Brekke og Straume 2003

³⁷ Apotekforeningen 2009

³⁸ Apotekforeningen 2008

2.3.2 Gevinstdelingsmodellen

Ettersom avansepåslaget på legemidler i tillegg til kronetillegget består av en prosentsats, vil avansen i kroner øke for apotekene jo høyere innkjøpsprisen er. For å gi apotekene incentiv til å forhandle ned sine innkjøpspriser, som igjen gir lavere priser for kundene, innførte myndighetene i 1995 gevinstdelingsmodellen. Modellen åpner for at dersom apotekene oppnår lavere innkjøpspris enn maksimal AIP, så får de beholde 50 % av differansen mellom maksimal AUP og den AUP som framkommer ved at maksimal avanse tillegges oppnådd AIP.³⁹ Apotekene vil få høyere avanse dersom de forhandler ned AIP, men denne økte avansen utløser et enda større fall i grossistavansen. I dagens marked hvor de fleste apotek er integrert med grossist, vil derfor samlet kroneavanse øke dersom AIP øker. Fra et konsernnivå vil derfor kjedene ha incentiv til å benytte seg av maksimal AIP og hensikten med gevinstdelingsmodellen faller bort.⁴⁰ Overfor selvstendige apotek vil gevinstdelingsmodellen kunne fungere etter sin hensikt.

I den nye apotekloven er det avansereguleringen som er myndighetens virkemiddel for å påvirke apotekdekningen. Observeres svekket apotekøkonomi og nedleggelser, vil dette gi grunnlag for justering av avansen dersom apotekdekningen ønskes opprettholdt. Tilsvarende vil god apotekdekning og apotekøkonomi kunne gi grunnlag for innstramninger. I praksis vil en slik reguleringspolitikk være erfaringsbasert og kjedene vil være tjent med å overføre fortjenesten til grossistleddet gjennom for eksempel maksimal AIP.⁴¹

2.3.3 Trinnprissystemet

Trinnprissystemet er et instrument for å kutte prisene på legemidler der det er stabil generisk konkurranse. Systemet ble innført 01.01.05 for å redusere folketrygdens og pasientenes utgifter til byttbare legemidler. Modellen har vært endret to ganger siden da, og den siste endringen trådte i kraft 01.01.08.⁴² Trinnprissystemet inkluderer i dag 47 virkestoff, blant annet åtte av de mest omsatte virkestoffene med generisk konkurranse. Myndighetene kan unnlate å ta inn et virkestoff i trinnprissystemet dersom særlige grunner taler for det. Omsetningen av virkestoffene som er inkludert i trinnprissystemet var 2 milliarder i 2008, en reduksjon på 16 % fra 2007. Forbruket av disse virkestoffene sank med 8,2 % (målt i definerte døgn doser), og gjennomsnittsprisen ble redusert med 22,6 %.⁴³

³⁹ Brekke og Straume 2003

⁴⁰ Dalen 2002

⁴¹ Dalen og Straume 2004

⁴² www.legemiddelverket.no

⁴³ Apotekforeningen 2009

For at et virkestoff skal tas opp i trinnprissystemet, må originallegemidlet ha mistet sitt patent og fått konkurranse av likeverdige legemidler.⁴⁴ Trinnprisene fastsettes på AUP nivå. De generiske konkurrentene må være oppført på Statens Legemiddelverk sin bytteliste⁴⁵ som i februar 2008 inneholdt 143 virkestoff.⁴⁶ Byttelisten angir hvilke legemidler med samme virkestoff som er generisk og medisinsk likeverdige, og som kan selges i Norge.⁴⁷ For å få tillatelse til å selge i Norge må legemidlene ha markedsføringstillatelse av Statens Legemiddelverk,⁴⁸ noe som kan ta hele 160 dager, i motsetning til 30 dager som er det regelverket egentlig tillater.⁴⁹ Kravene til behandlingstider er satt internasjonalt som en del av EU/EØS-samarbeidet for legemidler.⁵⁰ Regelen om markedsføringstillatelse gjelder ikke legemidler som er under godkjenningfritak.⁵¹

Trinnprissystemet skal sørge for at legemidler som opprinnelig var høyprislegemidler, automatisk går ned i pris trinnvis når de får stabil generisk konkurranse. Trinnene er vist i tabellen under:

Tabell 2.4 Prisreduksjoner i trinnprissystemet i 2008

Omsetning siste 12 måneder før generisk konkurranse*		< 100 mill. kr	>100 mill kr	
Tidspunkt for kutt				
1. kutt	Ved generisk konkurranse	30 %	30%	
2. kutt	6 mnd. etter generisk konkurranse	55 %	75%	
Omsetning minst 12 måneder etter siste kutt *		> 15 mill. kr	> 30 mill. kr og < 100 mill. kr	> 100 mill. kr
Tidspunkt for kutt				
3. kutt	Tidligst 12 mnd. etter siste ordinære kutt	65 %	80%	85%

*omsetning oppgis for 12 mnd. AUP i mill kr.

Kilde: Apotekforeningen 2008

Alle apotek er forpliktet til å tilby minst én liten og én stor pakke i hver byttegruppe til trinnpris. Trinnpris er det maksimale beløpet folketrygden refunderer. Unntaket fra dette er når legen av

⁴⁴ Line

⁴⁵ Apotekforeningen 2008

⁴⁶ www.tidsskriftet.no

⁴⁷ Line

⁴⁸ Apotekforeningen 2008

⁴⁹ www.farmatid.no

⁵⁰ Riksrevisjonen 2009

⁵¹ Apotekforeningen 2009

medisinske grunner reserverer pasienten mot bytte. I slike tilfeller refunderes prisen fullt ut.⁵² Dersom det er pasienten som reserverer seg mot bytte, vil folketrygdens refusjon rette seg mot trinnprisen. Mellomlegget mellom trinnpris og utsalgspris må dekkes av kunden og det er trinnprisen som kan føres opp på egenandelskortet. Dette betyr at mellomlegget ikke dekkes selv om pasientens utgifter overstiger frikortgrensen.⁵³

Selv om trinnprisen er den maksimale prisen folketrygden refunderer, kan legemidlet ha en høyere eller lavere pris enn denne. Dersom de tar høyere pris enn trinnprisen må enten pasienten eller legen reservere seg mot bytte for at disse legemidlene skal få salg,⁵⁴ eller må legen ha forskrevet originallegemidlet og apoteket ikke informert konsumenten om bytte. Ved utsalgspris lavere enn trinnpris, refunderes inntil legemidlets faktiske utsalgspris.⁵⁵ Ifølge legemiddelforskriften §§ 12-18 og 12-19 er det grossisten som er forpliktet til å tilby apotek minst ett alternativ til en pris som gjør at apoteket skal kunne selge til trinnpris med normal fortjeneste. Kuttene i AUP etter inklusjon i trinnprissystemet er ganske store og enkelte legemidler har trinnpriser som er for lave til at alle ledd i distribusjonskjeden kan tjene penger på det.

Det var kjedene som foreslo for myndighetene å opprette trinnprissystemet. Det gjorde de i erkjennelse av at vertikal integrasjon og generisk bytte setter apotek/grossist i en sterk forhandlingsposisjon overfor leverandører av generiske legemidler. Grunnen til dette er at leverandører som krever for høye priser vil erfare at deres produkter blir byttet ut i apotek. Det blir derfor en øvre grense for hvor høy pris leverandørene kan forlange. Uten generisk bytte mister grossistene denne forhandlingsposisjonen. Selv om grossistene har en sterk forhandlingsposisjon har det enda ikke vært tilfeller der antall leverandører av et virkestoff på byttelisten reduseres til kun én. Dersom dette skjer vil ikke grossistenes forhandlingsmakt være like høy ettersom de er forpliktet til å tilby legemidler til trinnpris. Sannsynligheten for at grossisten må selge med tap vil da øke.⁵⁶

Folketrygden og pasientene sparer årlig til sammen 2 milliarder kroner på trinnpris og generisk bytte. Dette er Statens Legemiddelverks anslag og er sammenlignet med hvordan prisnivået ville vært uten trinnprissystemet og generisk bytte. 75 prosent av innsparingen tilfaller folketrygden og de resterende 25 prosent kommer pasientene til gode.⁵⁷

⁵² Apotekforeningen 2008

⁵³ Line

⁵⁴ Apotekforeningen 2009

⁵⁵ www.lovddata.no

⁵⁶ Mailkommunikasjon med Apotekforeningen

⁵⁷ www.legemiddelverket.no

2.4 Generiske legemidler og byttelisten

Et generisk legemiddel er et kopilegemiddel som inneholder samme virkestoff som originallegemiddelet og som derfor har samme medisinske virkning for de fleste konsumenter. Med den nye apotekloven fra 2001 ble det innført en ordning med generisk bytte og dette er et sentralt virkemiddel for å sikre en høy generikaandel i Norge. Ordningen åpner for at apoteket kan utlevere et billigere legemiddel med samme virkestoff enn det som står på resepten, dersom et slikt alternativ finnes. Ordningen omfatter både hvit og blå resept. Det er Statens Legemiddelverk som utarbeider listen over legemidler som anses som likeverdige, og det er kun disse legemidlene som inngår i ordningen for generisk bytte.⁵⁸ For at bytte av legemidler i apotek skal framstå minst mulig kontroversielt, har Statens Legemiddelverk valgt en konservativ linje ved etableringen av byttelisten. Markedet for generiske legemidler er derfor betydelig større enn det som er definert av byttelisten.⁵⁹ Listen oppdateres hver måned.⁶⁰ I byttegruppen inngår original-, generiske og parallellimporterte legemidler.⁶¹ Et parallellimportert legemiddel tilsvarer det opprinnelige legemidlet i Norge og produseres av samme legemiddelfirma, men det importeres fra et land hvor det er rimeligere enn i Norge.⁶²

De generiske legemidlene kommer inn på markedet etter at originalproduktet har mistet sitt patent. Legemidlene har lik medisinsk effekt og av den grunn har de bare ett område de kan konkurrere på, og det er pris. Av det totale legemiddelmarkedet (målt i DDD) har andelen generiske legemidler økt fra 28 til 37 prosent i perioden 2004 til 2007.⁶³

En ulempe med generisk bytte er at det kan øke graden av feilmedisinering. En av grunnene til at feilmedisinering øker ved bytte av legemiddel er at produktet kan endre utseende. Det kan være størrelse, form, farge eller pakningsutstyr. Den største sikkerhetsrisikoen og de fleste bivirkninger forbundet med legemiddelbruk henger imidlertid sammen med selve virkestoffet i et legemiddel, og ettersom byttbare legemidler har samme virkestoff, vil feil bruk og dosering av legemidler bare være en tilleggsrisiko. De generiske legemidlene kan derimot ha andre hjelpestoff og dette kan gi en tilleggsrisiko for overfølsomme eller allergiske forbrukere.

⁵⁸ Almendingen 2007

⁵⁹ Dalen 2004

⁶⁰ Apotekforeningen 2008

⁶¹ Johnsen 2003

⁶² www.legemiddelverket.no

⁶³ Riksrevisjonen 2009

Det antas at noen hundre dør hvert år i Norge som følge av feilmedisinering.⁶⁴ Apotekene retter opp feil på omtrent to prosent av alle resepter, og hver femte av disse feilene kan ha negative helsekonsekvenser for pasienten.⁶⁵ Feil bruk av legemidler kan lede til mangelfull effekt,⁶⁶ og er dessuten meget kostbart for samfunnet. Av alle legemidler brukes 20 % feil, og feilaktig og ineffektiv bruk av legemidler koster samfunnet 5 milliarder kroner i året. Risikoen for feilmedisinering øker ved samtidig bruk av flere forskjellige legemidler, slik tilfellet er for mange eldre med kroniske sykdommer.⁶⁷

Det er på den annen side flere fordeler knyttet til generisk bytte. Det stimulerer til økt konkurranse mellom legemidler innenfor samme byttegruppe noe som åpner for priskonkurranse som kan lede til lavere priser. En økning i bruken av generiske legemidler vil da føre til besparelser for samfunnet. Disse fordelene må veies opp mot ulempene generisk bytte kan medføre.⁶⁸

Figur 2.3 Informasjonskampanjen "Trygt medisinbytte i apotek"



Kilde: Statens Legemiddelverks informasjonsbrosjyre

Enkelte studier har vist at etablering av generisk konkurranse har ført til at prisene på originallegemiddelet har økt, i motsetning til det som forventes. Grunnen til denne prisøkningen er at konsumentene som forsetter å kjøpe originallegemiddelet er lojale kunder som ikke vil gå over til generiske legemidler på grunn av en slik prisøkning. Dette fenomenet refereres til som det generiske paradoks.⁶⁹

⁶⁴ www.nrk.no

⁶⁵ Apotekforeningen 2009

⁶⁶ www.regjeringen.no

⁶⁷ www.farmatid.no

⁶⁸ www.regjeringen.no

⁶⁹ Brekke et al 2006

2.5 Foretrukne legemidler

Når et virkestoff mister sitt patent, vil ofte forbruket av dette virkestoffet reduseres. Dette kan blant annet skyldes at det ikke lengre markedsføres i samme grad, men det skyldes også at forbruket vris over til et nyere og ofte dyrere patentert virkestoff med bedre eller tilsvarende effekt. For å motvirke økte legemiddelutgifter for folketrygden som følge av en slik forbruksvridning, har myndighetene innført en ordning med foretrukket legemiddel. Gjennom denne ordningen fastsetter myndighetene hva som skal være førstevalg innenfor et terapiområde ved rekvirering på blå resept.⁷⁰ Ordningen fungerer slik at myndighetene postulerer at ved oppstart av behandling på blå resept, skal virkestoff A prøves før virkestoff B, fordi virkestoff A er det foretrukne alternativet. Normalt er det forholdet mellom pris og effekt som ligger til grunn ved myndighetenes valg av foretrukket virkestoff.⁷¹ De foretrukne virkestoffene anses å være de mest kostnadseffektive ved behandling av bestemte sykdommer. Legene er pålagt å skrive ut det foretrukne virkestoffet til pasientene og dersom andre virkestoff enn det foretrukne benyttes, må det være tungtveiende medisinske grunner som tilsier dette.

2.6 E-resept

For å effektivisere legemiddelindustrien har myndighetene satt i gang et prosjekt hvor elektroniske resepter benyttes (e-resept). Hovedmålsettingene med e-resept er færre feil knyttet til legemiddelbruk, større sikkerhet for den enkeltes helse, bedre praktisering av regelverket og økt kostnadseffektivitet for samfunnet. I løpet av 2010 anslås 50 % av alle resepter å være elektroniske, og i slutten av 2011 er målet at dette har økt til 80 %.⁷²

2.7 Fullsortimentskrav

Grossistene har et fullsortimentskrav (gjelder både for original- og generiske legemidler) som innebærer at de skal kunne skaffe alt som etterspørres i det norske markedet innen 24 timer (unntaksvis innen 48 timer). Denne regelen gjelder uavhengig av hvilken pris leverandøren tar, og kan resultere i at en grossist må levere et legemiddel hvor maksimal AIP er lavere enn grossistens innkjøpspris. Apotekene har også leveringsplikt og skal ha lokalt lagerhold for å sikre befolkningen tilgjengelighet til legemidler og viktig medisinsk utstyr.⁷³ Et unntak fra fullsortimentsregelen er når produsentene selger sine legemidler direkte til apotekene, men 24 timers reguleringen gjelder også for dem.⁷⁴

⁷⁰ Apotekforeningen 2008

⁷¹ Mailkommunikasjon med Apotekforeningen 2009

⁷² www.helsedirektoratet.no

⁷³ Apotekforeningen 2009

⁷⁴ Dalen 2004

2.8 Patentordningen

Det er relativt stor enighet om at patentsystemet er den mest effektive måten å finansiere forskning og utvikling (FoU) i markedet for legemidler.⁷⁵ Når en legemiddelprodusert utvikler et nytt virkestoff, tar de patent på dette. Patentet varer vanligvis i 20 år, og produsenten får monopol på virkestoffet i denne perioden. Patentet er beskyttet av regelverk i Verdens Handelsorganisasjon.⁷⁶ Patentperioden har til hensikt å gi produsenten mulighet til å tjene inn utgiften som har gått med til FoU, i tillegg til å gi incentiv til utvikling av nye legemidler.

For at et generisk legemiddel skal få markedsføringstillatelse må det ha vært igjennom de samme testene som originallegemiddelet. Av denne grunn kan produsenter av originallegemidler utføre flere tester når patentet går mot slutten for å forstyrre en generisk etablering. Legemiddelprodusenten AstraZenecas "apple sauce" test viser hvor langt enkelte går for å hindre etablering. Selskapet utførte en vitenskapelig test hvor det ble bevist at det aktuelle legemidlet kunne tas med syltetøy dersom konsumenten syntes det var vanskelig å svelge. For at de generiske produsentene skal kunne komme med et identisk produkt, må også de utføre slike tester, ellers risikerer de å ikke få godkjenning. Slike tester er ikke bare kostbare, men de tar tid. Ved å utføre slike tester kan den tidligere monopolisten holde på monopolet sitt i en tid etter patentutløp.⁷⁷

2.9 Er legemidler billig i Norge?

En prisundersøkelse fra 2007 gjennomført av IMS Health (verdens ledende markedsovervåker innenfor legemiddelmarkedet) hvor de sammenligner de norske prisene på de mest omsatte legemidlene med prisene i andre europeiske land, viser at Norge er det billigste landet.⁷⁸ Landene som Norge er sammenlignet med her er de samme landene som Statens Legemiddelverk tar hensyn til når de fastsetter innkjøpsprisene til apotek, og dette er en av grunnene til at Norge kommer så bra ut i denne undersøkelsen. At Norge bruker disse landene i sin referanseprising må per definisjon innebære at Norge kommer rimelig ut av det i forhold til de andre landene.⁷⁹

⁷⁵ Brekke og Straume 2003

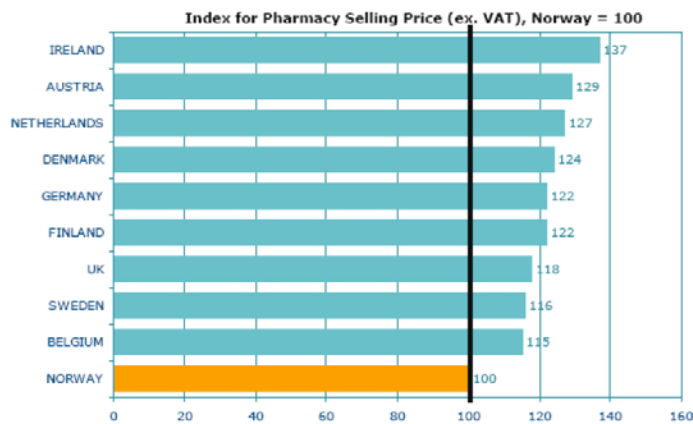
⁷⁶ Line

⁷⁷ Johnsen 2003

⁷⁸ www.apotek.no

⁷⁹ Brekke et al 2008

Figur 2.4 Oversikt over prisenivået i andre europeiske land



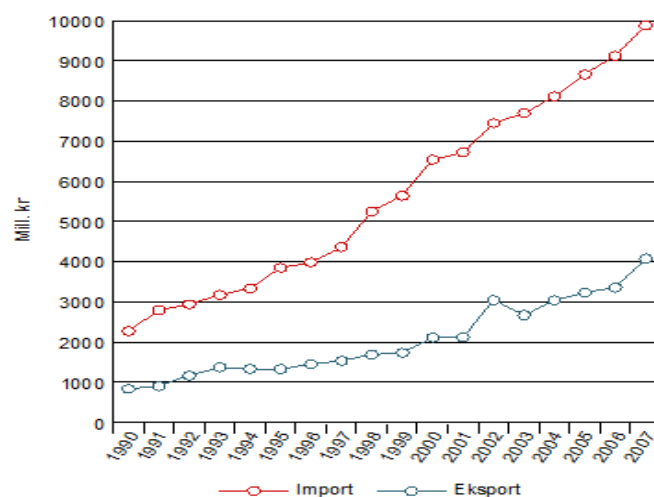
Kilde: www.apotek.no

2.10 Legemiddelfirma i Norge

Legemiddelmarkedet i Norge er preget av de store internasjonale aktørene. Det er relativt få norske legemidler som selges utenfor Norge, og de fleste innovasjoner skjer i utlandet.

Den norske industrien domineres av produsenter av generiske legemidler hovedsakelig produsert for hjemmemarkedet.⁸⁰ Eksporten var i 2006 kommet opp i 3 359 millioner kroner og importen var 9 123 millioner kroner.⁸¹ Fra 2006 gikk markedsandelen for parallellimporterte legemidler ned, men økte noe fra 2007 til 2008.

Figur 2.5 Norges import og eksport av legemidler



Kilde: Legemiddelindustriforeningens presentasjon; Tall og fakta 2009

⁸⁰ Johnsen 2003

⁸¹ www.felleskatalogen.no

Figur 2.6 Markedsandel for parallellimporterte legemidler



Kilde: Legemiddelindustriforeningens presentasjon Tall og fakta 2009

DEL 2: LEGEMIDDELPRODUSENTENES MARKEDSSTRUKTUR

KAPITTEL 3 TEORI OM MARKEDSSTRUKTUR OG KONKURRANSE

3.1 Relevant marked

For å avgjøre hvordan konkurransen i et gitt marked er, er det viktig å avgrense det relevante markedet.⁸² Produkter som inngår i samme relevante marked vil virke disiplinerende på hverandre. Med dette menes at dersom prisen på et produkt øker betydelig, vil kundene gå over til et konkurrerende produkt dersom dette anses som substituerbart.⁸³ Ved avgrensning av det relevante marked tas det utgangspunkt i konsumentenes muligheter til å velge alternative varer og/eller tjenester. Konsumentene vil ofte velge hvilke varer de kjøper på bakgrunn av egenskaper ved produktet og tilbydernes lokalisering.⁸⁴ For å finne det relevante markedet må derfor både produktmarkedet og det geografiske markedet identifiseres.

3.1.1 Produktmarked

Det relevante produktmarkedet omfatter alle varer og tjenester som etter konsumentenes oppfatning er innbyrdes substituerbare ut fra egenskaper, pris og bruksområde.⁸⁵

3.1.2 Geografisk marked

Det relevante geografiske markedet er det området hvor de konkurrerende bedriftene tilbyr sine varer og tjenester, der konkurransevilkårene er tilstrekkelig ensartet og som kan holdes atskilt fra andre nærliggende områder fordi konkurransevilkårene der er merkbart forskjellige.

Formålet med å avgrense et marked både som produktmarked og som geografisk marked, er å identifisere hvilke konkurrenter som er i stand til å begrense bedrifters markedsatferd og hindre dem i å opptre uavhengig av et effektivt konkurransetrykk.⁸⁶

⁸² Forelesning Fjell 2007

⁸³ Motta 2004

⁸⁴ www.konkurransetilsynet.no

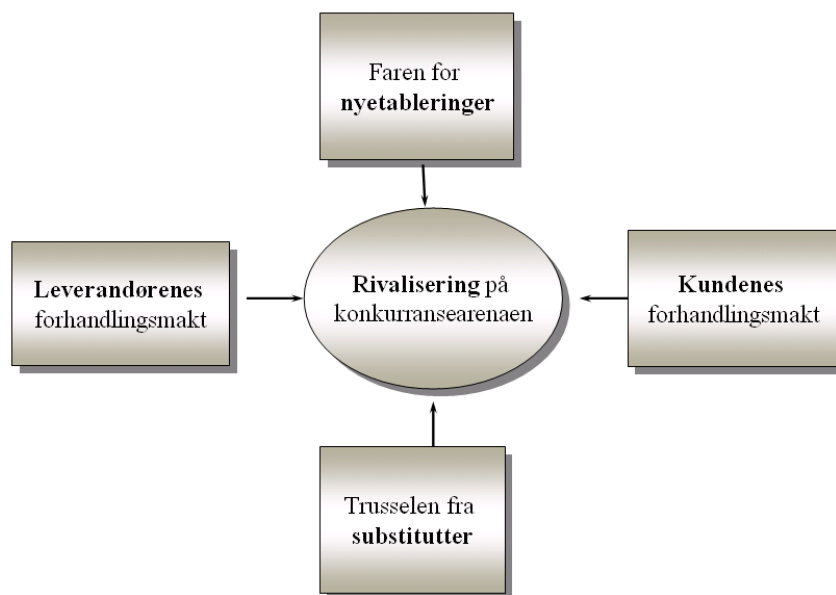
⁸⁵ Forelesning Fjell 2009

⁸⁶ www.konkurransetilsynet.no

3.2 Porters 5-krefter modell

Porters 5-krefter modell beskriver fem konkurransekrefter som kan redusere en bransjes lønnsomhet. Styrken av de fem kreftene varierer og en svak kraft kan ses på som en mulighet, mens en sterk kraft kan ses på som en trussel fordi den bidrar til å gjøre konkurransen hardere. De fem kreftene er faren for nyetableringer, trusselen fra substitutter, kundenes forhandlingsmakt, leverandørens forhandlingsmakt og trusselen fra konkurrenter.⁸⁷

Figur 3.1 Porters 5-krefter modell



Kilde: Forelesning Meyer 2007

3.2.1 Faren for nyetableringer

Etablerte bedrifter må ta hensyn til potensielle konkurrenter. De fleste nykommere vil feile, men noen vil kunne vokse seg til betydelige konkurrenter, og vil derfor være en trussel for etablerte bedrifter. Av den grunn er det viktig å kjenne til etablerings- og utgangsbarrierene i markedet bedriftene konkurrerer i.⁸⁸

Etableringsbarrierer er en viktig kilde til markedsrett og profit.⁸⁹ Det er flere typer etableringsbarrierer, og de kan deles inn i strukturelle, endogene og strategiske.⁹⁰

⁸⁷ Barney 2007

⁸⁸ Forelesning Fjell 2007

⁸⁹ Pindyck og Rubinfeld 2005

⁹⁰ Forelesning Fjell 2007

Strukturelle etableringsbarrierer handler om å ha kontroll over essensielle ressurser, stordrifts-/samdriftsfordeler og signifikante, irreversible investeringer. Kontroll over essensielle ressurser kan skyldes reguleringer eller lovfestet monopolrett, patenter, kontroll over innsatsfaktorer eller kontroll over et knutepunkt.

Eksempler på endogene etableringsbarrierer er forskning og utvikling, reklame, markedsføring og kjent merkenavn.

Den tredje typen barrierer er de strategiske. For å hindre at nye bedrifter etablerer seg, må den etablerte bedriften overbevise potensielle konkurrenter om at en slik etablering vil være ulønnsom.⁹¹ Dette kan for eksempel gjøres ved å introdusere nye produktvarianter eller overinvestering i reklame. Andre former for strategiske barrierer er strategiske bindinger og strategisk prising. Eksempler på dette er overkapasitet, lojalitetsprogrammer, leverandør- eller distributøravtaler, rovprising og limit pricing.⁹² Rovprising hvor bedriften priser under sine marginalkostnader vil derimot nesten alltid være ulovlig for et dominerende foretak, jamfør konkurranseloven § 11.⁹³ For at tiltak, som for eksempel overkapasitet, skal virke avskrekkende er det viktig at de blir oppfattet som troverdige av potensielle konkurrenter.⁹⁴

3.2.2 Trusselen fra substitutter

I Porters modell er substitutter produkter utenfor det relevante markedet som kan erstatte produkter innenfor det relevante markedet, og som tilnærmet tilfredsstillende de samme konsumentbehovene. Et substitutt vil kunne legge en demper på hvilken pris bedriftene i markedet kan ta. Dette betyr at jo nærmere substituttene er hverandre, dess hardere vil konkurransen om konsumentene være. Trusselen fra substitutter avhenger også av konsumentenes byttekostnader.

3.2.3 Kundernes forhandlingsmakt

Kunder i et marked vil ha større forhandlingsmakt dess færre kunder det er, og når det eksisterer mange og små bedrifter. Dersom enkelte av bedriftens kunder står for en stor del av bedriftens omsetning vil kundene ofte ha stor forhandlingsmakt ettersom ufornyede kunder kan gå over til en konkurrent. Dersom byttekostnadene er lave øker denne sannsynligheten.

⁹¹ Pindyck og Rubinfeld 2005

⁹² Forelesning Fjell 2007

⁹³ www.lovdatab.no

⁹⁴ Sjørgard 2003

3.2.4 Leverandørenes forhandlingsmakt

Leverandørene har forhandlingsmakt fordi de kan øke prisene eller senke kvaliteten på det de leverer til bedriftene. Få leverandører og få substitutter er med på å øke leverandørenes forhandlingsmakt. Andre faktorer som styrker leverandørenes forhandlingsmakt er at bedriftene de leverer til er mange og små, at produktene de leverer er unike og differensierte, eller at bedriftene har høye byttekostnader.

3.2.5 Trusselen fra konkurrenter

De fire kreftene som nå er presentert påvirker hvor hard konkurransen i markedet og trusselen fra andre konkurrenter er. Hvis de andre kreftene er sterke kan konkurransen være intens. Trusselen fra konkurrenter er også stor hvis det eksisterer mange bedrifter av samme størrelse og som har like stor innflytelse på markedet. Hard konkurranse kan også eksistere hvis det ofte skjer priskutt, er mange reklamekampanjer og stadig introduksjon av nye produkter. Priskutt er ofte en viktig konkurransefaktor når det ikke er mulig å produktifferensiere ettersom prisen blir det eneste området å konkurrere på.⁹⁵

3.3 Markedsstruktur

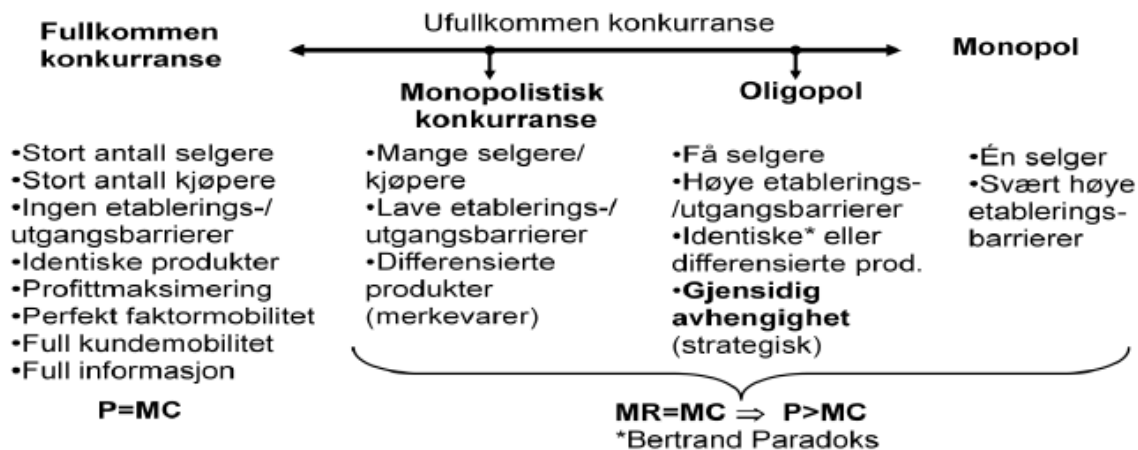
Hvor hard konkurransen i markedet er, har innvirkning på hvilken markedsstruktur bedriftene opererer i. I dette avsnittet vil de fire markedsstrukturene som eksisterer i et marked bli beskrevet. De fire markedsstrukturene er monopol, oligopol, monopolistisk konkurranse og fullkommen konkurranse.

Markedsstruktur er i hovedsak karakterisert ved antall bedrifter og konsentrasjonen av bedrifter i markedet. Antall bedrifter sier lite om markedsrett, konsentrasjon sier mer. Med høy konsentrasjon kan det være få bedrifter som har en stor del av markedet, og de kan følgelig utøve markedsrett.⁹⁶

⁹⁵ Barney 2007

⁹⁶ Forelesning Fjell 2007

Figur 3.2 Oversikt over markedsstrukturene og hovedkarakteristika



Kilde: Forelesning Fjell 2007

3.3.1 Fullkommen konkurranse

De tre viktigste forutsetningene bak fullkommen konkurranse er at bedriftene er pristakere, produktene er homogene og at det er fri inngang og utgang i markedet.

I fullkommen konkurranse vil det være mange kjøpere og selgere. Ettersom hver selger kun vil ha en liten andel av markedet, vil dens prisbeslutning ikke kunne påvirke markedsprisen. Selgerne må altså ta prisen som gitt, og de er da pristakere. Når alle produsentene i et marked produserer homogene produkter, vil de ulike produsentenes produkter være perfekte substitutter til hverandre, noe som fører til at dersom en bedrift øker prisen vil den miste mange av kundene sine slik at en prisøkning vil være ulønnsom. Den tredje forutsetningen betyr at det ikke kan være en spesiell kostnad ved å gå inn i eller forlate markedet. Dersom markedet er lønnsomt, vil det derfor tiltrekke seg nye bedrifter, og dersom noen bedrifter er ulønnsomme, vil de kostnadsfritt kunne forlate markedet.⁹⁷ Denne forutsetningen bidrar til at det i markeder med profitt vil etableres nye bedrifter som vil konkurrere om denne profitten helt til pris er lik marginalkostnad og all profitt er konkurrert vekk. Andre kjennetegn ved denne konkurranseformen er full faktor- og kundemobilitet og full informasjon. Kjennetegnene ved fullkommen konkurranse er meget strenge, og det er få, om noen, markeder som oppfyller de fullt ut.

⁹⁷ Pindyck og Rubinfeld 2005

3.3.2 Monopolistisk konkurranse

Monopolistisk konkurranse er kjennetegnet av mange selgere og kjøpere, lave etableringsbarrierer og produkter som er noe differensiert.⁹⁸ Produktene er substituerbare, men ikke perfekte substitutter.

I monopolistiske markeder kan det være effektivitetstap fordi pris er høyere enn grensekostnad, noe som fører til at kvantum reduseres i forhold til fullkommen konkurranse. Det er likevel ikke sagt at slike markeder bør reguleres. Det er to grunner til dette. For det første er markedsmakten liten i de fleste monopolistiske markeder ettersom det er flere bedrifter som konkurrerer. For det andre må eventuelle effektivitetstap veies opp med gevinsten konsumentene får ved at de kan velge mellom flere produkter.

3.3.3 Oligopol

I oligopolistiske markeder vil det være få bedrifter som står for det meste av den totale produksjonen i markedet. I noen oligopoler vil bedriftene på lang sikt kunne tjene høy profitt på grunn av høye etableringsbarrierer som gjør det vanskelig for nye bedrifter å etablere seg i markedet. Produktene i markedet kan enten være homogene eller differensierte. Å konkurrere i et oligopolistisk marked kan være vanskelig. Ettersom det er få bedrifter som konkurrerer med hverandre vil beslutninger om pris, kvantum, markedsføring og investeringer være viktige strategiske beslutninger som vil påvirke konkurransen og konkurrentene i markedet. Bedriftene i et oligopol er derfor strategisk avhengige av hverandre.

I fullkommen og monopolistisk konkurranse tar bedriftene markedsetterspørselen for gitt og kan stort sett ignorere hva konkurrentene foretar seg. Slik er det ikke i et oligopol hvor hver bedrift må ta sitt valg gitt hva konkurrentene gjør. Hver bedrift må altså tenke på sine konkurrenter og hva de gjør, samtidig som de antar at konkurrentene gjør det samme. De må derfor forutsette at konkurrentene er like intelligente og rasjonelle som det de selv er. Den likevekten som framkommer da kalles Nash-likevekt.⁹⁹ En Nash-likevekt er en strategikombinasjon hvor ingen av bedriftene angrer på sitt valg av strategi når de ser konkurrenten sitt valg. Nash-likevekt er dermed en strategikombinasjon som er beste valg for alle bedriftene når de har valgt sin strategi.¹⁰⁰

⁹⁸ Forelesning Fjell 2007

⁹⁹ Pindyck og Rubinfeld 2005

¹⁰⁰ Sjørgard 2003

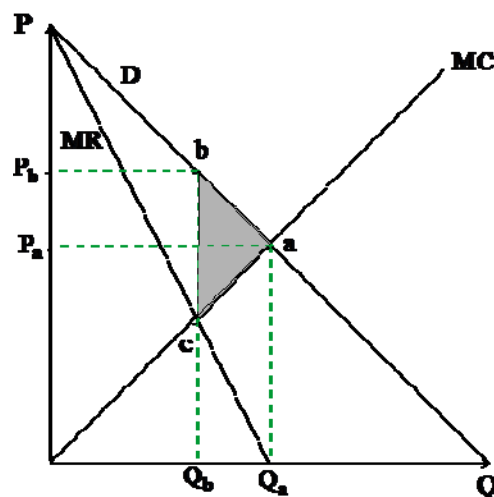
Priskonkurransen i et oligopol kan være svært skadelig for bedriftene. Dersom en bedrift kutter prisene, vil konkurrentene kunne svare med å kutte prisene ned til samme nivå, eller kutte mer. Slike priskutt kan føre til en priskrig som kan resultere i at all profitt blir konkurrert bort. Dette er en av grunnene til at det er så viktig at bedriftene tenker over konkurrentenes reaksjonsmåte før de foretar en gitt handling.

3.3.4 Monopol

Et monopol er kjennetegnet av at det kun er én selger og svært høye etableringsbarrierer.¹⁰¹ Ettersom det bare er én selger, vil etterspørselen bedriften møter være markedsetterspørselen. Etterspørselskurven viser hvilket kvantum monopolisten kan selge til ulike priser.

Generelt sett vil prisen en monopolist setter være høyere enn under fullkommen konkurranse, og følgelig vil kvantum være lavere. Dette påfører samfunnet en kostnad fordi færre vil ha mulighet til å kjøpe et gitt gode, og de som fremdeles kjøper godet, må betale en høyere pris. Dette kalles effektivitetstap. Figuren under viser effektivitetstapet som kan oppstå ved monopol sammenlignet med fullkommen konkurranse.

Figur 3.3 Effektivitetstap ved monopol



Kilde: Forelesning Bjorvatn 2005

Under monopol vil profittmaksimerende bedrifter tilpasse seg der marginalkostnaden (MC) er lik marginalinntekten (MR), noe som resulterer i pris lik P_b . Under fullkommen konkurranse vil bedriften

¹⁰¹ Forelesning Fjell 2007

tilpasse seg der pris er lik marginalkostnaden, som gir pris lik P_a og kvantum Q_a . Effektivitetstapet ved monopol blir i dette tilfellet trekanten abc.

For at en monopolist skal kunne maksimere sin profitt, må den ha kunnskap om sine egne kostnader og etterspørselen i markedet. Denne kunnskapen brukes til å bestemme hvor mye som skal produseres og selges.

3.3.5 Markedsmakt

Markedsstrukturen i et gitt marked avhenger også av hvor stor markedsrett bedriftene har. Det er sjeldent at det bare er én bedrift i et marked, men i en del markeder vil det være få bedrifter som konkurrerer med hverandre. Disse kan gjerne sette pris høyere enn marginalkostnader, og dette kalles markedsrett. Hvor mye bedriftene kan prise over marginalkostnaden avhenger av etterspørselastisiteten. Dersom etterspørselen er svært elastisk, vil prisen være nærmere marginalkostanden sammenlignet med dersom etterspørselen er uelastisk. Hvis det i markedet kun er én bedrift, altså et rent monopol, og denne monopolisten er profittmaksimerende, vil bedriften aldri prise i det uelastiske området på etterspørselskurven. Grunnen til dette er at bedriften da kan øke prisen med en gitt prosent, mens etterspurt kvantum vil reduseres med en lavere prosent, noe som vil øke profitten.

Bedrifter vil kunne ha markedsrett i markeder karakterisert av monopolistisk konkurranse, oligopol og monopol, men nivået på denne markedsretten vil variere avhengig av markedsstrukturen. Det er flere kilder til markedsrett og hovedkilden er etterspørselastisiteten bedriftene står overfor. Etterspørselastisiteten avhenger av tre faktorer; markedsrettastisiteten, antall bedrifter i markedet og samhandlingen mellom bedriftene.¹⁰²

3.3.6 Herfindal-Hirschman Index (HHI)

Hvor mange selgere som er i et marked og hvor høy konsentrasjonen er påvirker markedsstrukturen. For å finne markedsrettastisiteten er Herfindal-Hirschman Index (HHI) et godt verktøy. Teknikken går ut på å kvadrere bedriftenes markedsandel, for så å summere de sammen. Dersom indeksen er under 1000, er markedet lite konsentrert. Er indeksen over 1000, men under 1800, er markedet moderat konsentrert. For indekser over 1800 er markedet høyt konsentrert. Med høy konsentrasjon kan det være få bedrifter som har en stor del av markedet og derfor kan utøve markedsrett.¹⁰³

¹⁰² Pindyck og Rubenfield 2005

¹⁰³ Motta 2004

3.3.7 Regulerte markeder

I markeder hvor pris er høyere enn marginalkostnad vil kvantum solgt være lavere enn tilfellet er under fullkommen konkurranse, noe som fører med seg et effektivitetstap. Av den grunn ønsker ofte myndighetene å begrense markedsmakten bedriften har. Et eksempel på en slik begrensning er prisregulering. Prisregulering resulterer alltid i effektivitetstap under fullkommen konkurranse, men det trenger ikke være tilfelle når bedriftene har markedsmakt. Under monopol kan for eksempel prisregulering redusere, og i de mest ekstreme tilfellene eliminere, effektivitetstapet som et monopol resulterer i.¹⁰⁴

¹⁰⁴ Pindyck og Rubenfield 2005

KAPITTEL 4 ANALYSE AV MARKEDSSTRUKTUREN I DET NORSKE LEGEMIDDELMARKEDET

4.1 Relevant marked

I det følgende blir relevant marked med og uten patent drøftet.

Når et legemiddel har patent, vil ikke forbrukerne ha andre alternativer til det patenterte virkestoffet. Det kan imidlertid være flere virkestoff som kan brukes i behandlingen av en gitt sykdom eller symptom. For eksempel kan virkestoffene acetylsalisylsyre eller paracetamol brukes som febernedssettende.¹⁰⁵ Disse vil for mange forbrukere kunne sees på som substitutter. Konklusjonen blir at det relevante produktmarkedet under patentperioden er legemidler som behandler samme sykdom/symptom.

Etter patentutløp vil det kunne etableres generiske legemidler på markedet. Den medisinske effekten av generiske legemidler vil være lik som originallegemidler for de fleste konsumentene. Unntaket fra dette er konsumenter som er allergiske, og konsumenter hvor sannsynligheten for feilmedisinering øker ved bytte til et nytt legemiddel. Det vil altså være flere produkter i det relevante produktmarkedet etter patentutløp, som nå vil bestå av originallegemiddelet og de generiske legemiddelene. Det vil også her være flere virkestoff som kan behandle samme sykdomsområde, og hvert sykdomsområde vil være et eget relevant produktmarked.

Legemiddelmarkedet i Norge er regulert av myndighetene, og denne reguleringen kan føre til at konkurransevilkårene i Norge er annerledes enn i andre land. Legemiddelprodusentene er stort sett internasjonale selskaper, men blant annet på grunn av ulike reguleringer i de ulike landene, vil markedene kunne holdes atskilt fra hverandre. Konklusjonen blir derfor at Norge er et eget geografisk område.

4.2 Porters 5-krefter modell

Under vil Porters 5-krefter modell bli analysert med og uten patent.

4.2.1 Faren for nyetableringer

Det er flere etableringsbarrierer legemiddelprodusentene står overfor når de ønsker å gå inn i markedet.

¹⁰⁵ Apotekforeningen 2009

4.2.1.1 Patent

Den største etableringsbarrieren i legemiddelmarkedet går under de strukturelle etableringsbarrierene, og er patenter. Patentene er beskyttet av Verdens Handelsorganisasjon og varer vanligvis i 20 år og dette vil være en svært høy etableringsbarriere i denne perioden. Etter patentperioden er ikke dette en etableringsbarriere.

4.2.1.2 Forskning og utvikling

For at nye produsenter skal kunne etablere seg på markedet, må de utføre mye forskning og utvikling for å komme opp med et nytt virkestoff som enten vil føre til en forbedring i behandlingen av en gitt sykdom, eller til behandling av en sykdom det tidligere ikke har vært medisinsk behandling for. Dette er en endogen etableringsbarriere. Forskning og utvikling vil medføre store utgifter, og det er bare en liten prosentandel av all forskning som resulterer i produkter som når markedet. Forskning og utvikling er derfor en høy etableringsbarriere i legemiddelmarkedet. Dette gjelder spesielt for legemiddelprodusenter som forsker på nye virkestoff. For de generiske produsentene, som bare kopierer eksisterende legemidler, vil ikke forskning og utvikling være en betydelig barriere.

4.2.1.3 Markedsføring

Originallegemiddelet har i tiden hvor det har vært patentbeskyttet kunnet opparbeide seg et merkenavn og merkevarelojalitet blant både leger og konsumenter. Produsentene bruker ressurser på markedsføringstiltak overfor leger og farmasøyter.¹⁰⁶ Markedsføring overfor pasienter er ikke tillatt.¹⁰⁷

Markedsføringstiltakene kan ta flere former. Eksempler på slike tiltak er; annonser for legemidler i medisinske tidsskrifter, tilbud om etterutdanning, finansiering av legers forskningsprosjekter, finansiering av deltakelse på konferanser inkludert reise, opphold og lignende. Basert på tall fra 1995 er det antatt at den samlede legemiddelindustrien brukte 900 millioner kroner på markedsføring i Norge, noe som tilsvarer ca. 50 000 per lege.¹⁰⁸ En farmasøyt og en generisk legemiddelprodusent som er intervjuet i forbindelse med utredningen er av den oppfatning at dette ikke er like utbredt i dag sammenlignet med tidligere og at originalprodusenter har mindre mulighet til å drive med markedsføring overfor leger nå, sammenlignet med hva de hadde for 5-10 år siden. Originalprodusentene driver fortsatt informasjonsarbeid, men er underlagt strengere krav for hva de kan gjøre.

¹⁰⁶ Johnsen 2003

¹⁰⁷ www.regjeringen.no

¹⁰⁸ Johnsen 2003

Markedsføringen retter seg i stor grad mot allmennleger og det viser seg at der forskrivingen kommer fra en allmennlege er sannsynligheten større for at det utleveres et originallegemiddel istedenfor et generisk legemiddel enn hva sannsynligheten er hvis det er en spesialist som forskriver. Allmennlegene har også et bredere arbeidsfelt sammenlignet med spesialister, og dermed ikke like stor mulighet til å holde seg oppdatert om hvilke generiske legemidler som kommer inn på markedet.¹⁰⁹

Hensikten med markedsføring mot legene er å påvirke deres utskrivingsatferd til fordel for bedriften som driver slik markedsføring. Dette ser ut til å virke, noe som illustreres av følgende utsagn fra en lege: Når man studerer medisin på universitetet brukes kun virkestoffet for å indikere de forskjellige legemidlene, men når man begynner å arbeide som lege, blir det til at man bruker de velkjente merkenavnene fordi de er lettere å huske. Dette ble også bekreftet i intervju med farmasøytene.

Ulike markedsføringstiltak fra originalprodusentene som skaper lojalitet hos pasienter og leger er med på å gjøre inntreden fra de generiske produsentene vanskeligere. Denne lojaliteten er større blant eldre pasienter og leger. Dette henger også sammen med at terskelen for å prøve noe nytt kan være høyere blant den eldre befolkningen.

På grunn av at originallegemiddelet gjerne har opparbeidet seg et velkjent merkenavn under patentperioden, vil generiske konkurrenter ofte måtte bruke betydelige ressurser på å gjøre sitt legemiddel kjent når de går inn i markedet. Det er en generell oppfatning at hvis det er høye markedsføringskostnader i en næring, så gjelder dette også for en potensiell konkurrent.¹¹⁰ Konklusjonen blir derfor at markedsføringskostnadene i legemiddelbransjen bidrar til høye etableringsbarrierer, selv etter patentutløp.

4.2.1.4 Prissetting

Ettersom generiske og originallegemidler er homogene produkter, må generiske legemidler være priset lavere enn originallegemidler for at lege og pasient skal ha et incentiv til å velge et generisk legemiddel. Dette kan gjøres ved at produsentene søker om en lavere maksimal AIP enn konkurrentene, noe som tvinger apotekkjedene til å selge legemiddelet billigere på grunn av reglene for avanspåslag. Siden avanspåslaget blant annet består av en prosentsats, vil dette føre til at avansen til kjedene blir redusert, noe som gjør produktet mindre attraktivt.¹¹¹ Praksisen om å søke

¹⁰⁹ Almendingen 2007

¹¹⁰ Johnsen 2003

¹¹¹ Dalen og Strøm 2004

om lavere AIP er lite utbredt.¹¹² Alternativt må de operere med samme maksimal AIP som sine konkurrenter.¹¹³ Ettersom kjedene da vil ha incentiv til å selge til høyest mulig AIP, vil etterspørselen av legemidler med et gitt virkestoff i stor grad rettes mot det kjente originalmerket.

For at kjedene skal komme like godt ut økonomisk ved å selge generiske legemidler, må grossistens innkjøpspris (GIP) være betydelig lavere for de generiske legemidlene. Et eksempel fra en rapport skrevet av Dalen og Strøm (2004) viser at dersom AUP på generiske legemidler må ligge 20 % under prisen på originallegemidlet for at leger, pasient og apotekansatte i større omfang bytter over til generiske legemidler, må GIP fra de generiske produsentene ligge 23,7 % under GIP fra originalprodusenten for at det skal være like lønnsomt for kjedene å tilby disse produktene. Kjedene må uavhengig av om produktet er lønnsomt møte all etterspørsel, men kan ved å utnytte seg av 24 timers regelen i stor grad styre etterspørselen av de generiske legemidlene. Med det menes at dersom et generisk legemiddel ikke finnes i hyllen, selv om apoteket sier de kan skaffe det innen 24 timer, vil nok mange av kundene da heller ta et annet alternativ, som gjerne vil være originallegemiddelet.

4.2.1.5 Testing

Enkelte legemiddelprodusenter vil på slutten av patentperioden utføre flere, ofte unødvendige, tester for å forsinke den generiske inntredenen i markedet. De generiske produsentene må da utføre de samme testene for at de skal få markedsføringstillatelse. Dette kan bidra til å øke kostnadene til de generiske produsentene og kan føre til økte etableringsbarrierer.

4.2.1.6 Fare for å bli saksøkt

Det kan være risikabelt å være den første som etablerer seg som generisk produsent i markedet etter patentutløp. Grunnen til dette er at de kan bli saksøkt av originalprodusentene. Originalprodusentene har incentiv til å saksøke på grunnlag av brudd på patentloven selv med en dårlig sak ettersom konsekvensen for saksøker er begrenset til saksomkostninger.¹¹⁴ En slik frykt for å bli saksøkt kan føre til at de generiske produsentene venter unødvendig lenge før de etablerer seg, og dette vil ha en kostnad ved at de senere kommer i gang med salg av sitt produkt.

¹¹² Mailkommunikasjon med Apotekforeningen

¹¹³ Dalen og Strøm 2004

¹¹⁴ Johnsen 2003

4.2.1.7 Konklusjon etableringsbarrierer og faren for nyetablering

For legemidler som er under patent er etableringsbarrierene svært høye og faren for nyetablering er derfor lav. Det er forbudt å etablere seg i patentperioden med samme virkestoff. Konkurrerende bedrifter kan på den annen side utvikle et annet virkestoff som behandler samme sykdomsområde, men dette vil medføre store kostnader blant annet gjennom forskning og utvikling. Selv etter patentutløp vil etableringsbarrierene være høye. Etablering vil medføre markedsføringskostnader, kostnader forbundet med unødvendig testing av produktet og fare for å bli saksøkt. Introduksjon av flere produktvarianter når det kommer til styrke og antall tabletter i en pakning kan også være en metode originalprodusenten bruker for å gjøre de generiske legemidlene mindre attraktiv. Konklusjonen blir derfor at etableringsbarrierene etter patentutløp er middels til høye og faren for nyetablering er lav til middels.

4.2.2 Trusselen fra substitutter

Det vil være få produkter utenfor legemiddelmarkedet som vil kunne erstatte produkter innenfor dette markedet. Substitutter til legemidler kan blant annet være helsekost, naturlegemidler, healing og lignende. For enkelte konsumenter og for noen sykdomsområder vil dette kunne tilfredsstille de samme konsumentbehovene, men dette vil ikke legge en demper på hvilken pris bedriftene i legemiddelmarkedet kan ta siden det for de fleste konsumenter ikke vil være nære substitutter. Konklusjonen blir derfor at trusselen fra substitutter er svak.

4.2.3 Kundenes forhandlingsmakt

Kundene vil være grossistene som kjøper legemidler fra produsentene. Når et legemiddel er under patent vil ikke kundene ha særlig forhandlingsmakt. Ettersom grossistene står overfor et fullsortimentskrav er de pliktet til å tilby alt som etterspørres av konsumentene. Så lenge legemiddelet er under patent vil ikke kundene kunne kjøpe legemidler fra andre produsenter, og de vil derfor ha lav forhandlingsmakt.

Kundenes forhandlingsmakt endres når patentperioden har utløpt og generiske legemidler kommer inn på markedet. Hvor mange som etablerer seg vil avhenge av hvor stort markedet for et gitt virkestoff er. Dersom originallegemiddelet ikke har så stor omsetning vil ikke markedet være så attraktivt for de generiske produsentene, og færre vil ønske å etablere seg, men som oftest vil det være flere enn én tilbyder etter at patentperioden er over. For eksempel var det for virkestoffet Simvastatin, som er brukt i analysene i denne utredningen, fem generiske produsenter den første måneden etter inklusjon i trinnprissystemet. Inklusjon skjer raskt etter patentutløp. 12 måneder etter inklusjon i trinnprissystemet var det 8 generiske produsenter på markedet. Simvastatin var i

2008 det nest mest solgte virkestoffet med generisk konkurranse.¹¹⁵ Flere produsenter etter patentutløp gir kundene høyere forhandlingsmakt.

En annen grunn til at kundene har høy forhandlingsmakt er at apotekkjedene bruker ordningen med generisk bytte og trinnprissystemet til å spille leverandørene opp mot hverandre. Produsenter som krever for høye priser risikerer å bli byttet ut i apotek. På den måten kan apotekkjedene selv skaffe seg gode inntekter. Uten generisk bytte ville kundenes forhandlingsmakt vært lavere. Hver apotekkjede betyr mye for produsentene og det er viktig å komme tidlig på markedet og få inngått avtaler med apotekkjedene. Kjeden ønsker på sin side å begrense antall leverandører til kjeden og dette fører til at det er en del generiske leverandører som bare oppnår svært begrenset salg i apotekene. På grunn av dette har kundene høy forhandlingsmakt etter patentutløp, og denne makten er svært høy når det etablerer seg mange generiske aktører.

Konklusjonene blir dermed at mens et virkestoff har patent er kundenes forhandlingsmakt lav, men etter patentutløp er forhandlingsmakten høy.

4.2.4 Leverandørenes forhandlingsmakt

Leverandørene er de bedriftene som leverer innsatsfaktorer til produsentene. Akkurat hvilke innsatsfaktorer som inngår i produksjon og utvikling av legemidler og leverandørene av disse har vi ikke informasjon om. Vi anser det for å være utenfor denne utredningens rekkevidde å fremskaffe slik informasjon, og dette vil ikke påvirke resultatene i utredningen. På verdensbasis vil det være mange legemiddelprodusenter, og det vil av den grunn være flere leverandører av innsatsfaktorer. Dersom det er patent på nødvendige innsatsfaktorer, vil leverandørene ha høy forhandlingsmakt. Innsatsfaktorer uten patent vil på den annen side være lettere tilgjengelig, og følgelig vil forhandlingsmakten til leverandørene være lavere.

4.2.5 Trusselen fra konkurrenter

Oppsummert blir resultatet at under patentperioden er faren for nyetableringer lav, trusselen fra substitutter lav, kundenes forhandlingsmakt lav, mens leverandørenes forhandlingsmakt avhenger av om innsatsfaktorene er patentbeskyttet eller ikke. Ettersom tre av fire krefter er lave og kraften på den siste er uklar blir konklusjonen at konkurransen i markedet er lav og potensialet for lønnsomhet høy. Ettersom det bare er én leverandør av et gitt virkestoff vil dette føre til at konkurransen er lav selv om flere virkestoff kan konkurrere innenfor samme sykdomsområde.

¹¹⁵ Apotekforeningen 2009

Etter patentutløp vil faren for nyetableringer være lav til middels, trusselen fra substitutter lav, kundens forhandlingsmakt høy, mens leverandørenes forhandlingsmakt er uklar. Produktene er homogene, og pris er en viktig konkurransefaktor. Konkurransen vil derfor være hardere enn det den er under patentperioden og dette vil påvirke lønnsomheten. Trinnprissystemet fører til at virkestoffene som er inkludert går ned i pris, men priskutt vil ikke føre til høyere kvantum ettersom konsumentene bare kjøper det kvantum legen forskriver. Redusert pris vil derfor resultere i lavere lønnsomhet i bransjen.

4.3 Gjensidig avhengighet

For å konkludere med hvilken markedsstruktur legemiddelmarkedet konkurrerer i må noen flere punkter vurderes. Det som nå fokuseres på er om produsentene er strategisk avhengige av hverandre.

Originalprodusenten investerer mye i markedsføring under patentperioden. En lege har selv uttalt at i stedet for å huske virkestoffet, huskes navnet på originallegemidlet fordi det ofte er lettere. Dette indikerer at markedsføringen virker. Dersom en nyetablert produsent hadde iverksatt betydelige markedsføringskampanjer og dermed fått forskriverne til å lettere huske deres navn i stedet for originallegemidlet, kunne dette ha påvirket omsetningen til originalprodusenten. Markedsføringen bidrar derfor til at aktørene i markedet er strategisk avhengige av hverandre.

Legemiddelprodusentene kjemper om å være den første tilbyderen av et nytt virkestoff på markedet. Den første tilbyderen vil få patent og mulighet for høy profitt under patentperioden. Av den grunn vil nivået på investering i forskning være en viktig strategisk beslutning for produsentene. Dersom en av produsentene forsker mye og en annen ønsker å være den første som kommer på markedet med et gitt virkestoff, vil nivået på konkurrentens forskning kunne påvirke hvor mye bedriften selv må forske. Følgelig vil FoU nivået til bedriftene påvirke hverandre og dette er et område hvor produsentene er strategisk avhengige av hverandre.

Generiske legemidler er perfekte substitutter til originallegemidler med samme virkestoff, med unntak for konsumenter som er reservert mot bytte. Det forventes derfor at konkurransen i stor grad vil være påvirket av hvilke priser de ulike produsentene setter. Noe som skiller legemiddelbransjen fra andre bransjer er at forbrukerne ikke alltid er like opptatt av pris ettersom det er stort innslag av tredjepartfinansiering. Men dersom det er store prisforskjeller vil dette også gi utslag i egenbetalingen til pasientene ettersom de bare får refundert trinnprisen. Prisen på et legemiddel vil

derfor påvirke omsetningen av et annet, noe som også viser at produsentene er strategisk avhengige av hverandre.

4.4 Markedsmakt

Originalprodusenten er under patentperioden eneste tilbyder i markedet av et gitt virkestoff. Patentperioden skal gi produsentene mulighet til å tjene inn igjen utgifter de har hatt til FoU, samtidig som denne perioden skal gi overskudd slik at incentivene til ytterligere FoU opprettholdes. Dette betyr at legemidlene kan prises over marginalkostnad, noe som igjen betyr at de har markedsmakt. Hvor mye over marginalkostnadene de ulike produsentene kan prise avhenger av etterspørselastisiteten, og den vil variere mellom de ulike legemidlene. Markedsmakten blir redusert når de generiske aktørene etablerer seg.

4.5 Herfindal-Hirschman Index (HHI)

HHI er regnet ut for alle ti virkestoff som inngår i utredningens analyser. Indeksen er her beregnet på bakgrunn av antall produsenter av hvert virkestoff etter at virkestoffet er inkludert i trinnprissystemet. Det er her blitt brukt omsetningen i kroner til alle produsentene som var på markedet de tolv første månedene etter inklusjon i trinnprissystemet. Antall produsenter er lest fra datamaterialet som er mottatt fra Apotekforeningen, og datamaterialet beskrives i kapittel 6. Som vist i tabellen under varierer indeksen fra 2377 til 4930. Dette viser at det er høy konsentrasjon i markedet, og dette betyr at noen legemiddelprodusenter har en stor del av markedet.

Tabell 4.1 Herfindal-Hirschman Index for alle virkestoffene

Virkestoff	HHI
Simvastatin	2830
Metroprolol	4151
Diklofenak	2377
Omeprazol	4820
Ceterizin	2402
Venlafaxin	4930
Sumatriptan	4009
Risperidon	4184
Quetiapin	4670
Amlodipin	2390

4.6 Oppsummering og konklusjon

I analysen av Porters fem krefter kom det fram at under patentperioden er konkurransen lav, mens etter patentutløp er konkurransen høyere. Videre ble det drøftet hvorvidt produsentene er strategisk avhengige av hverandre etter patentutløp og konklusjonen blir at de er det. Til slutt ble det konkludert med at under patentperioden har originalprodusenten markedsrett, men at denne markedsretten reduseres når generiske produsenter etablerer seg på markedet.

På bakgrunn av denne analysen konkluderes det med at et legemiddel i patentperioden opererer i et monopol. Det vil bare være én selger og svært høye etableringsbarrierer. Produsentene vil kunne utøve markedsrett, og ettersom produsentenes priser ikke er regulert vil de ha mulighet til å sette monopolpris.

Etter patentperioden konkluderes det med at markedet er oligopolistisk. Det vil være middels til høye etableringsbarrierer, produktene er homogene og produsentene er strategisk avhengige av hverandre. Spørsmålet om antall selgere er litt mer usikkert og vil avhenge av størrelsen på markedet. Konsentrasjonen blant produsentene er derimot høy for alle de analyserte virkestoffene og dette styrker konklusjonen om oligopol.

Både i monopol og i oligopolistiske markeder vil pris være høyere enn marginalkostnad. I slike markeder kan prisregulering være effektivt og reduserer effektivitetstapet. I Norge har myndighetene innført trinnprissystemet med mål om at denne reguleringen vil gi store besparelser for konsumenter og folketrygden. Neste del vil analysere trinnprissystemet og se om det har hatt ønsket effekt.

DEL 3: ANALYSER AV DATAMATERIALET

KAPITTEL 5 TEORI OM ANALYSEMETODER

5.1 Hypotesetesting

En hypotesetest består av en nullhypotese H_0 , en alternativhypotese H_A , en tilfeldig variabel W som kalles testobservatoren og et forkastningsområde. Nullhypotesen forkastes hvis verdien på testobservatoren havner i forkastningsområdet. Det er to typer feil som kan gjøres når det utføres en hypotesetest, type I feil og type II feil. Type I feil kalles forkastningsfeil og betyr at en korrekt nullhypotese forkastes. Type II feil kalles godtakningsfeil og betyr at en tilfeldig observasjon fører til at en nullhypotese som egentlig ikke er korrekt beholdes.¹¹⁶ Prosessen med hypotesetesting begynner med å anta at nullhypotesen er korrekt. Det er to avgjørelser som kan tas, enten er det nok bevis som støtter alternativhypotesen eller er det ikke nok bevis til å støtte alternativhypotesen.

Forkastningsområdet inneholder et sett med verdier slik at hvis testobservatoren faller inn i det området vil nullhypotesen forkastes til fordel for alternativhypotesen. Når forkastningsområdet skal defineres må et signifikansnivå bestemmes. Signifikansnivået til en hypotesetest er sannsynligheten for å gjøre en forkastningsfeil.

5.2 Regresjonsanalyse

Regresjonsanalyse kan brukes til å analysere hvordan en variabel blir påvirket av andre variabler. Teknikken går ut på å lage en matematisk likning som beskriver sammenhengen mellom variabelen som er avhengig og variablene som er uavhengige. Variabelen som er avhengig ønsker vi å forklare ved hjelp av de uavhengige variablene. Med uavhengige variabler menes det at de ikke samvarierer med hverandre i noen betydelig grad. Når det er to eller flere uavhengige variabler kalles det for multipel regresjonsanalyse. Når det er én uavhengig variabel kalles det for enkel regresjonsanalyse. I analysedelen vil det bli brukt multipel regresjonsanalyse.

Regresjonslinjen kan skrives som:

$$y = \alpha + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \dots + \beta_n x_n + u$$

De uavhengige variablene er x_1, x_2, \dots, x_n og kalles også for forklarende variabler. Den avhengige variabelen er y , det er den variabelen som forklares ved hjelp av de uavhengige variablene. α er

¹¹⁶ Ubøe 2004

konstantleddet og β_1, β_2 osv. er regresjonskoeffisientene. Når disse skal beregnes brukes minste kvadraters metode. Denne metoden innebærer å finne en likning som gjør summen av de kvadrerte avstandene mellom de observerte verdiene og beregnet forventningsverdi for observasjonene minst mulig. u er et feilledd som fanger opp tilfeldigheter som påvirker y , og som ikke kan forklares av de uavhengige variablene. I regresjonsanalyser kan det brukes dummyvariabler for å indikere fraværet eller tilstedeværelsen av en kategori som kan påvirke den avhengige variabelen. En dummyvariabel tar verdiene 0 og 1. Dersom verdien er 1 viser regresjonskoeffisienten hvor mye denne variabelen påvirker den avhengige variabelen.

5.2.1 T-test

For å teste om det er en sammenheng mellom den avhengige og en uavhengig variabel brukes en t-test. T-verdien tester om det er grunn til å anta at regresjonskoeffisientene er forskjellig fra null, altså om de har betydning for analysen.

Nullhypotesen er at det ikke er et lineært forhold mellom den uavhengige og den avhengige variabelen.

$$H_0: \beta_n = 0$$

Alternativhypotesen er at det er et lineært forhold mellom dem.

$$H_A: \beta_n \neq 0$$

Dette er en tosidig test siden β_n kan være både større eller mindre enn null. Eventuelt kan det utføres en ensidig test, og det testes da for om β_n enten er større eller mindre enn null. Et eksempel på en alternativhypotese i en ensidig test er:

$$H_A: \beta_n < 0$$

5.2.2 F-test

I en enkel regresjonsanalyse hvor det bare er én uavhengig variabel vil t-testen også bestemme om modellen som helhet er gyldig. I en multipl regressjonsanalyse hvor det er flere uavhengige variabler må det brukes en annen metode for å teste om modellen er gyldig. F-test er en metode som kan brukes til dette. Hypotesene er da:

$$H_0: \beta_1 = \beta_2 = \dots = \beta_n = 0$$

H_A : Minst en β er ikke lik null.

Hvis nullhypotesen stemmer vil ikke noen av de uavhengige variablene ha et lineært forhold til den avhengige variabelen. Modellen vil da ikke være gyldig. Hvis minst en av de uavhengige variablene ikke er lik null vil modellen ha noe gyldighet. Nullhypotesen om at modellen er helt uten forklaringskraft forkastes for store verdier av F.

5.2.3 P-verdi

P-verdien til regresjonskoeffisientene sier hvor sannsynlig det er å få de enkelte regresjonskoeffisientene, gitt at nullhypotesen er riktig. Hvilket signifikansnivå som velges vil ha betydning for om nullhypotesen skal forkastes gitt P-verdien.

P-verdien til en test regnes ut fra de observerte data i relasjon til en nullhypotese og en alternativhypotese. Den viser hvor urimelig/rimelig hver av hypotesene er med hensyn til de observerte data. Er P-verdien stor taler det for å beholde nullhypotesen, og omvendt vil nullhypotesen forkastes hvis P-verdien er lav. Med et signifikansnivå vil dette nivået være den øvre grensen for å forkaste nullhypotesen. Er P-verdien større enn signifikansnivået vil nullhypotesen beholdes.

- Er P-verdien mindre enn 0,01 et det svært gode bevis for at alternativhypotesen er sann. Testen er høyst signifikant.
- Ligger P-verdien mellom 0,01 og 0,05 er det sterke bevis for at alternativhypotesen er sann. Testen er signifikant.
- Hvis P-verdien ligger mellom 0,05 og 0,1 er det svake bevis for at alternativhypotesen er sann.
- Når P-verdien er over 0,1 er det ingen bevis for å fastslå at alternativhypotesen er sann.

5.2.4 Forklaringsgraden R^2

Forklaringsgraden R^2 må også tas hensyn til ved vurderingen av utfallet av analysen. Forklaringsgraden uttrykker hvor mye av variasjonen i den avhengige variabelen som kan forklares ved de uavhengige variablene. R^2 er et prosentvis uttrykk og kan variere mellom 0 og 1, hvor 1 vil si at modellen forklarer alt av variasjonen i den avhengige variabelen og omvendt ved en verdi på 0. En høy R^2 gir god grunn til å tro at det finnes en sammenheng mellom variablene. Når antallet uavhengige variabler er høyt i forhold til observasjoner risikeres det å få en unormalt høy R^2 . I en enkel regresjon med kun to observasjoner blir $R^2 = 1$, selv om det ikke nødvendigvis eksisterer et

lineært forhold. Justert R^2 tar hensyn til dette og kan ofte være bedre å se på ved tolkning av analysen. Er observasjonene mange i forhold til uavhengige variabler vil R^2 og justert R^2 være like.¹¹⁷

¹¹⁷ Keller 2005

KAPITTEL 6 REGRESJONSANALYSER

I det følgende presenteres regresjonsanalyser som viser hvordan AUP på legemidler påvirkes av at virkestoff går fra å ikke være inkludert i trinnprissystemet, til det er inkludert i dette systemet. Legemidlene deles inn i tre kategorier innenfor hvert virkestoff: parallellimporterte, generiske og originallegemidler. Inklusjon i trinnprissystemet indikerer at et virkestoff ganske nylig har mistet sitt patent og at det er etablert stabil generisk konkurranse. Regresjonsanalysene er utført i Minitab og inkluderer de tre kategoriene av legemidler innenfor de 10 mest omsatte virkestoffene som har inngått i trinnprissystemet i minst 12 måneder med utgangspunkt i virkestoffets omsetning per januar 2009. Utvalget kan derfor være skjevt i den forstand at originallegemidler som nettopp har mistet sitt patent gjerne er mer omsatt i forhold til originallegemidler som har vært utsatt for generisk konkurranse over en lengre periode.

Legemidler som selges på apotek i Norge blir registrert og innrapportert til Apotekforeningen. Apotekforeningen mottar tall fra nesten alle apotek i Norge. Tallene dekker omtrent 99,3 % av salget i apotek. Tallene rapporteres månedsvis per varenummer og Apotekforeningen får informasjon om antall solgte pakninger, mottatt betaling for disse pakningene, folketrygdens betaling, DDD, informasjon om det er et reseptpliktig/reseptfritt legemiddel, om legemidlet er å anse som vanedannende og diverse annen informasjon. Datamaterialet som er brukt i denne utredningen viser legemiddelsalget målt i kroner med og uten merverdiavgift, trygdens betaling, DDD, antall solgte pakninger og styrke og kvantum i hver legemiddelpakke. Datamaterialet kommer direkte fra Apotekforeningens database. Informasjon om hvordan datamaterialet er sortert er vedlagt i appendikset.

I datamaterialet som er brukt i analysene, er omsetningen fordelt månedsvis fra seks måneder før inklusjon i trinnprissystemet til tolv måneder etter inklusjon. Grunnen til at det er valgt tolv måneder etter inklusjon i trinnprissystemet mens det bare er seks måneder før inklusjon er at det er større grunn til å forvente prisendringer tolv måneder etter enn tolv måneder før inklusjon. Periodiseringen som er valgt vil i stor grad fange opp prising før patentutløp. Avgrensningen til tolv måneder etter inklusjon er også gjort for å gjøre data på tvers av virkestoff mer sammenliknbare ettersom alle virkestoffene da har vært gjennom de samme kuttene og fordi at virkningene av de to første kuttene trolig vil være synlig etter tolv måneder.

Et problem som oppstår når prisene på legemidler skal analyseres er at legemidlene kommer i forskjellige pakninger og i styrke, som måles i milligram. Ofte er det forskjeller i originalproducentens

og den generiske produsentens pakningsstørrelser. Et eksempel er at originalprodusenten kan tilby sitt legemiddel i 28 tabletter per pakke, mens den generiske produsenten selger i 30 tabletter per pakke. For å unngå dette problemet beregnes prisen per milligram. AUP per milligram beregnes ved at AUP per pakning blir dividert med kvantum multiplisert med milligram.

Hver kategori av legemidler er analysert samlet for alle virkestoffene, og deretter for hvert virkestoff individuelt. Testene viser hva som påvirker AUP per milligram, og om AUP per milligram er lavere etter inklusjon i trinnprissystemet, noe som er formålet med dette systemet. Det blir også sett på om det er forskjell i AUP per milligram mellom original-, generiske og parallellimporterte legemidler.

Variablene som er inkludert i de følgende regresjonsanalysene er *Kvantum*, *Milligram*, *Etter*, *Parallell* og *Original*, og det blir sett på hvordan disse variablene påvirker AUP per milligram. De ulike produsentene tilbyr legemidler i ulike størrelser og med ulik styrke, og for å justere for dette er det inkludert én variabel for kvantum og én for milligram i regresjonsanalysene. *Kvantum* er antallet tabletter i en pakning. Større kvantum kan gi kvantumsrabatt og er derfor tatt hensyn til i regresjonsanalysen. Variabelen *Milligram* er inkludert fordi datamaterialet viser at pakninger med høyere milligram stort sett er billigere enn pakninger med lavere dose av milligram. De resterende variablene er dummyvariabler.

Dummyvariabelen *Etter* viser om AUP per milligram endrer seg etter inklusjon i trinnprissystemet og dersom denne variabelen er 1 viser regresjonskoeffisienten hvor mye inklusjon i trinnprissystemet påvirker AUP per milligram. AUP per milligram før og etter inklusjon i trinnprissystemet er testet for originallegemiddelet, de parallellimporterte legemidlene og de generiske legemidlene. Hypotesene for å teste dette er:

H_0 : AUP per milligram er lik før og etter inklusjon i trinnprissystemet.

H_A : AUP per milligram er ulik før og etter inklusjon i trinnprissystemet.

Dummyvariabelen *Original* brukes i analysene hvor AUP per milligram for de generiske legemidlene og de parallellimporterte legemidlene sammenlignes med AUP per milligram for originallegemidlene. Dersom *Original* har verdien 1 viser regresjonskoeffisienten hvor mye AUP per milligram påvirkes av at legemidlet er et originallegemiddel. Dette testes før og etter inklusjon i trinnprissystemet. Hypotesene blir da slik:

H₀: AUP per milligram er lik for originallegemidlet og generiske legemidler før/etter inklusjon i trinnprissystemet.

H_A: AUP per milligram er ulik for originallegemidlet og generiske legemidler før/etter inklusjon i trinnprissystemet.

H₀: AUP per milligram er lik for originallegemidlet og parallellimporterte legemidler før/etter inklusjon i trinnprissystemet.

H_A: AUP per milligram er ulik for originallegemidlet og parallellimporterte legemidler før/etter inklusjon i trinnprissystemet.

Den siste dummyvariabelen er *Parallell*. Den brukes i de analysene hvor AUP per milligram for generiske legemidler sammenlignes med parallellimporterte legemidler før og etter inklusjon i trinnprissystemet. Dersom *Parallell* har verdien 1 viser regresjonskoeffisienten hvor mye AUP per milligram påvirkes av at legemidlet er parallellimportert. Hypotesene for å teste dette er:

H₀: AUP per milligram er lik for parallellimporterte legemidler og generiske legemidler før/etter inklusjon i trinnprissystemet.

H_A: AUP per milligram er ulik for parallellimporterte legemidler og generiske legemidler før/etter inklusjon i trinnprissystemet.

Testene blir vurdert ut i fra et 5 % signifikansnivå. Det vil bli utført tosidige tester slik at eventuelle prisendringer analyseres uavhengig av om de stiger eller synker. Videre er det utført variansanalyser (ANOVA) for å undersøke om modellen som helhet er signifikant på et 5 % signifikansnivå.

Fra analysene forventes det at regresjonskoeffisientene *Milligram* og *Kvantum* har negative fortegn. Større kvantum gir ofte kvantumsrabatt og det forventes at dette også gjelder for legemidlene i datamaterialet. For legemidler med høyere milligram kan det fra datamaterialet som analyseres se ut som at AUP per milligram er lavere enn for legemidler med lavere styrke, og det vil derfor bli testet om dette er signifikant. Antagelsen om at høyere milligram gir lavere AUP per milligram bør imidlertid vises varsomhet overfor ettersom det ikke trenger å være tilfelle ved alle legemidler. Det forventes også at originallegemidler vil være dyrere enn parallellimporterte legemidler. Begrunnelsen for dette er at det importeres originallegemidler fra andre land fordi de er billigere der enn i Norge og dette forventes å gi utslag i prisen ut mot konsumentene (AUP per milligram). Videre forventes det at generiske legemidler vil være billigere enn både parallellimporterte og originallegemidler.

Tidligere studier har vist at generiske legemidler må legge seg lavere i pris for å kunne få salg. Originallegemidler har gjennom patenttiden opparbeidet seg et merkenavn og kjennskap hos både konsumentene og leger, og originallegemidler vil fortsatt kunne få salg selv om prisen er høyere enn prisen på generiske legemidler.

Etter inklusjon i trinnprissystemet kan AUP per milligram utvikle seg i tre retninger for både generiske, parallellimporterte og originallegemidler:

- AUP per milligram kan stige etter inklusjon i trinnprissystemet.
- AUP per milligram er uendret etter inklusjon i trinnprissystemet.
- AUP per milligram kan synke etter inklusjon i trinnprissystemet.

6.1 Analyse av de ti virkestoffene samlet

Tabell 6.1 Regresjonsanalyser alle virkestoffene samlet

Original før mot original etter inkludering	Koeffisient	P-verdi	Justert forklaringsgrad	ANOVA P-verdi
Konstantledd	0,542	0,000	92,10 %	0,000
Milligram	-0,000052	0,936		
Kvantum	-0,00355	0,000		
Etter	-0,0786	0,159		
Varenavn_Efexor	-0,1906	0,424		
Varenavn_Imigran	0,1946	0,286		
Varenavn_Losec MUPS	0,1775	0,287		
Varenavn_Norvasc	0,4825	0,004		
Varenavn_Risperdal	7,8954	0,000		
Varenavn_Selo-zok	-0,2049	0,199		
Varenavn_Seroquel	-0,056	0,764		
Varenavn_Voltaren	-0,2235	0,193		
Varenavn_Zocor	-0,2235	0,728		

Generisk før mot generisk etter inkludering	Koeffisient	P-verdi	Justert forklaringsgrad	ANOVA P-verdi
Konstantledd	0,423	0,000	79,90 %	0,000
Milligram	-0,00113	0,002		
Kvantum	-0,000987	0,011		
Etter	-0,213	0,000		
Varenavn_Amlodipin	0,25372	0,001		
Varenavn_Cetirizin	-0,00698	0,930		
Varenavn_Diclofenac	-0,12614	0,093		
Varenavn_Metroprolol	-0,05465	0,475		
Varenavn_Omeprazol	0,26948	0,001		
Varenavn_Quetiapin	0,09337	0,279		
Varenavn_Risperidon	4,32047	0,000		
Varenavn_Simvastatin	0,02686	0,705		
Varenavn_Sumatriptan	0,38592	0,000		

Parallellimporterte før mot parallellimporterte etter inklusjon	Koeffisient	P-verdi	Justert forklaringsgrad	ANOVA P-verdi
Konstantledd	0,745	0,000	95,40 %	0,000
Milligram	-0,0029844	0,000		
Kvantum	-0,0051417	0,000		
Etter	-0,12653	0,002		
Varenavn_Efexor Para 1	0,0719	0,554		
Varenavn_Imigran Para 2	0,6952	0,000		
Varenavn_Losec Para 3	0,8071	0,000		
Varenavn_Norvasc Para 4	1,0901	0,039		
Varenavn_Risperdal Para 5	6,6093	0,000		
Varenavn_Selozok Para 6	0,2784	0,116		
Varenavn_Seroquel Para 7	0,3763	0,263		
Varenavn_Voltaren Para 8	-0,1923	0,078		
Varenavn_Zocor Para 9	0,2053	0,059		

Generisk før mot original før inklusjon	Koeffisient	P-verdi	Justert forklaringsgrad	ANOVA P-verdi
Konstantledd	0,3486	0,049	93,00 %	0,000
Milligram	-0,0006267	0,287		
Kvantum	-0,0026167	0,000		
Original	0,0649	0,784		
Varenavn_Amlodipin	0,5634	0,002		
Varenavn_Cetirizin	0,0535	0,775		
Varenavn_Diclofenac	-0,1075	0,553		
Varenavn_Efexor	-0,1141	0,670		
Varenavn_Imigran	0,5399	0,009		
Varenavn_Losec MUPS	0,3461	0,071		
Varenavn_Metroprolol	-0,04	0,848		
Varenavn_Norvasc	0,5236	0,006		
Varenavn_Omeprazol	0,2849	0,142		
Varenavn_Quetiapin	0,128	0,580		
Varenavn_Risperdal	8,0068	0,000		
Varenavn_Risperidon	6,2453	0,000		
Varenavn_Selo-zok	-0,1377	0,446		

Varenavn_Seroquel	0,0302	0,884
Varenavn_Simvastatin	0,005	0,977
Varenavn_Sumatriptan	0,5469	0,007
Varenavn_Voltaren	-0,1745	0,381
Varenavn_Zocor	0,0405	0,821

Generisk etter mot original etter inkludjon	Koeffisient	P-verdi	Justert forklaringsgrad	ANOVA P-verdi
Konstantledd	0,236	0,022	89,80 %	0,000
Milligram	-0,000314	0,459		
Kvantum	-0,00226	0,000		
Original	0,183	0,269		
Varenavn_Amlodipin	0,264	0,016		
Varenavn_Cetirizin	0,106	0,348		
Varenavn_Diclofenac	-0,041	0,707		
Varenavn_Efexor	-0,15	0,509		
Varenavn_Imigran	0,154	0,351		
Varenavn_Losec MUPS	0,138	0,377		
Varenavn_Metroprolol	-0,01	0,926		
Varenavn_Norvasc	0,459	0,003		
Varenavn_Omeprazol	0,345	0,003		
Varenavn_Quetiapin	0,105	0,391		
Varenavn_Risperdal	7,88	0,000		
Varenavn_Risperidon	3,98	0,000		
Varenavn_Selo-zok	-0,2	0,170		
Varenavn_Seroquel	-0,054	0,742		
Varenavn_Simvastatin	0,129	0,211		
Varenavn_Sumatriptan	0,274	0,025		
Varenavn_Voltaren	-0,228	0,157		
Varenavn_Zocor	-0,92	0,526		

Generisk før mot parallellimporterte før inklusjon	Koeffisient	P-verdi	Justert forklaringsgrad	ANOVA P-verdi
Konstantledd	0,444	0,000	96,10 %	0,000
Milligram	-0,00133	0,006		
Kvantum	-0,00287	0,000		
Parallellimportert	0,063	0,674		
Varenavn_Amlodipin	0,493	0,000		
Varenavn_Cetirizin	-0,017	0,890		
Varenavn_Diclofenac	-0,152	0,203		
Varenavn_Efexor Para 1	-0,062	0,604		
Varenavn_Imigran Para 2	0,744	0,000		
Varenavn_Losec Para 3	0,747	0,000		
Varenavn_Metroprolol	-0,058	0,672		
Varenavn_Omeprazol	0,216	0,096		
Varenavn_Quetiapin	0,168	0,267		
Varenavn_Risperdal Para 5	7,05	0,000		
Varenavn_Risperidon	6,16	0,000		
Varenavn_Selo-zok Para 6	-0,011	0,943		
Varenavn_Seroquel Para 7	0,143	0,713		
Varenavn_Simvastatin	-0,034	0,761		
Varenavn_Sumatriptan	0,507	0,000		
Varenavn_Voltaren Para 8	-0,222	0,044		
Varenavn_Zocor Para 9	0,206	0,062		

Generisk etter mot parallellimporterte etter inklusjon	Koeffisient	P-verdi	Justert forklaringsgrad	ANOVA P-verdi
Konstantledd	0,311	0,000	89,50 %	0,000
Milligram	-0,00113	0,006		
Kvantum	-0,00203	0,000		
Parallellimportert	0,142	0,342		
Varenavn_Amlodipin	0,177	0,050		
Varenavn_Cetirizin	0,0239	0,796		
Varenavn_Diclofenac	-0,0898	0,307		
Varenavn_Efexor Para 1	-0,082	0,567		
Varenavn_Imigran Para 2	0,73	0,000		
Varenavn_Losec MUPS Para 3	0,971	0,000		

Varenavn_Metroprolol	-0,0351	0,689
Varenavn_Norvasc Para 4	0,935	0,071
Varenavn_Omeprazol	0,273	0,004
Varenavn_Quetiapin	0,133	0,176
Varenavn_Risperdal Para 5	6,41	0,000
Varenavn_Risperidon	3,89	0,000
Varenavn_Selo-zok Para 6	-0,067	0,750
Varenavn_Seroquel Para 7	0,004	0,992
Varenavn_Simvastatin	0,0549	0,515
Varenavn_Sumatriptan	0,258	0,008
Varenavn_Voltaren Para 8	-0,234	0,085
Varenavn_Zocor Para 9	0,005	0,973

Parallellimporterte før mot original før inklusjon	Koeffisient	P-verdi	Justert forklaringsgrad	ANOVA P-verdi
Konstantledd	0,587	0,001	94,50 %	0,000
Milligram	-0,000528	0,495		
Kvantum	-0,0041	0,000		
Original	-0,078	0,760		
Varenavn_Efexor	-0,157	0,618		
Varenavn_Efexor Para 1	-0,144	0,500		
Varenavn_Imigran	0,453	0,063		
Varenavn_Imigran Para 2	0,623	0,005		
Varenavn_Losec MUPS	0,308	0,172		
Varenavn_Losec Para 3	0,696	0,002		
Varenavn_Norvasc	0,525	0,020		
Varenavn_Risperdal	7,97	0,000		
Varenavn_Risperdal Para 5	7,03	0,000		
Varenavn_Selo-zok	-0,141	0,508		
Varenavn_Selo-zok Para 6	-0,088	0,755		
Varenavn_Seroquel	0,042	0,865		
Varenavn_Seroquel Para 7	0,025	0,971		
Varenavn_Voltaren	-0,181	0,439		
Varenavn_Voltaren Para 8	-0,295	0,137		
Varenavn_Zocor	0,039	0,854		

Parallellimporterte etter mot original etter inklusjon	Koeffisient	P-verdi	Justert forklaringsgrad	ANOVA P-verdi
Konstantledd	0,559	0,003	92,40 %	0,000
Milligram	-0,0008225	0,190		
Kvantum	-0,00371	0,000		
Original	-0,04	0,870		
Varenavn_Efexor	-0,191	0,474		
Varenavn_Efexor Para 1	-0,116	0,584		
Varenavn_Imigran	0,106	0,592		
Varenavn_Imigran Para 2	0,62	0,003		
Varenavn_Losec MUPS	0,108	0,558		
Varenavn_Losec Para 3	0,898	0,000		
Varenavn_Norvasc	0,458	0,012		
Varenavn_Norvasc Para 4	0,995	0,195		
Varenavn_Risperdal	7,84	0,000		
Varenavn_Risperdal Para 5	6,39	0,000		
Varenavn_Selo-zok	-0,159	0,361		
Varenavn_Selo-zok Para 6	-0,055	0,860		
Varenavn_Seroquel	0,036	0,856		
Varenavn_Seroquel Para 7	-0,064	0,910		
Varenavn_Voltaren	-0,22	0,247		
Varenavn_Voltaren Para 8	-0,289	0,154		
Varenavn_Zocor	-0,084	0,624		
Varenavn_Zocor Para 9	0,062	0,771		

I denne delen er hver kategori av legemidler analysert samlet for alle virkestoffene. Variablene som er brukt er *Kvantum*, *Milligram*, *Etter*, *Original* og *Parallell*, og i tillegg er det brukt egne dummyvariabler for å skille mellom de ulike virkestoffene innenfor originallegemidlene, de generiske legemidlene og de parallellimporterte legemidlene. Ettersom parallellimporterte legemidler har samme merkenavn som originallegemidlet, er disse skilt ved å skrive *Para* etter merkenavnet, etterfulgt av et nummer som markerer hvilke virkestoff som inngår. Nummeret etter *Para* ble tilført slik at Minitab skulle klare å skille de ulike virkestoffene fra hverandre da dummyvariablene ble laget. Alle de generiske produsentene innenfor et virkestoff er analysert under ett. Det er altså ikke tatt

hensyn til at ett virkestoff kan ha flere generiske produsenter. Det samme gjelder for de parallellimporterte legemidlene.

I analysene hvor original-, generiske og parallellimporterte legemidler sammenlignes med hverandre inngår to legemidler i konstantleddet, ett for hver av de to kategoriene som sammenlignes. For legemidler der dummyvariablene er signifikante viser fortegnet og størrelsen på koeffisienten hvor mye AUP per milligram blir påvirket av disse. For de legemidlene hvor dummyvariabelen ikke er signifikant kan det ikke konkluderes med at disse legemidlene påvirker AUP per milligram. I flere av regresjonsanalysene er variablene *Milligram*, *Kvantum* og *Etter/Original/Parallell* ikke signifikante. I disse tilfellene er det ikke grunnlag for å si at disse variablene påvirker AUP per milligram.

Det er ingen tilfeller hvor alle regresjonskoeffisientene er statistisk signifikante samtidig i noen av analysene. Dummyvariabelen *Etter* er signifikant negativ i analysene hvor vi tester generisk før mot generisk legemiddel etter inklusjon i trinnprissystemet, og hvor vi tester parallellimportert før mot parallellimportert etter inklusjon i trinnprissystemet. I disse to tilfellene må derfor nullhypotesene forkastes. For generiske og parallellimporterte legemidler vil inklusjon i trinnprissystemet være med på å senke AUP per milligram. Formålet til trinnprissystemet virker her til sin hensikt. I de resterende analysene er dummyvariablene som det testes for ikke signifikante, og nullhypotesene kan ikke forkastes.

I analysen hvor det testes for originallegemidler før mot originallegemidler etter inklusjon i trinnprissystemet, er variabelen *Etter* negativ, men ikke signifikant. Det kan derfor ikke konkluderes med at inklusjon i trinnprissystemet senker AUP per milligram for originallegemidler og nullhypotesen må beholdes. Dette kan tyde på at trinnprissystemet ikke nødvendigvis er med på å senke prisen på originallegemidler. Det kan også bety at konsumentene står overfor byttekostnader og fortsatt vil ønske å kjøpe originallegemidler selv om prisen ikke går ned etter inklusjon i trinnprissystemet, noe som gjør at de kan holde en høyere pris. En farmasøyt som ble intervjuet var av den oppfatning at originallegemidler bruker noen måneder på å senke prisene på sine legemidler etter at det kommer et generisk alternativ på markedet. Dette kan være en av grunnene til at analysen viser at *Etter* ikke er signifikant for originallegemidler. I analysen kan dette i så fall bety at originallegemidler bruker mer enn tolv måneder etter inklusjon i trinnprissystemet før prisen reduseres.

De øvrige analysene viser videre at det ikke kan konkluderes med at det er forskjeller i AUP per milligram mellom generiske, original- og parallellimporterte legemidler. I de analysene hvor

nullhypotesen må beholdes er det blant annet ikke grunnlag for å si om originallegemidler er dyrere enn generiske legemidler, eller om originallegemidler er dyrere enn parallellimporterte legemidler, osv. Uten forskjell i AUP per milligram mellom original- og generiske legemidler, vil originallegemidler ha en fordel, for til lik pris vil det være lettere for originallegemidler å bli foretrukket fremfor generiske siden originallegemidler har et sterkt merkenavn og er kjent for konsumentene og leger før generiske legemidler kommer inn på markedet.

Fra analysene er det én regresjonskoeffisient som har et fortegn som avviker fra det som i utgangspunktet forventes å finne. Regresjonsanalysen viser at parallellimporterte legemidler er dyrere enn originallegemidler før inklusjon i trinnprissystemet. Dette er oppsiktsvekkende siden det i utgangspunktet importeres fordi originallegemiddelet kan kjøpes billigere i andre land. Denne regresjonskoeffisienten er ikke signifikant og det kan ikke slås fast at den har noen betydning. Likevel var det forventet å finne at parallellimporterte legemidler var billigere enn originallegemidler. En av grunnene til at denne forventningen ikke blir bekreftet kan ha sin årsak i at vi ser på apotekets utsalgspris og ikke på hvilken pris grossistene må kjøpe de parallellimporterte legemidlene til. Grunnen til at parallellimporterte legemidler ikke viser seg å være billigere enn originallegemidler i regresjonsanalysen kan derfor være fordi apotekene ikke selger disse billigere ut til konsumentene. Det kan tenkes at parallellimporterte legemidler kjøpes billigere enn originallegemidler av grossist, men at denne lavere innkjøpsprisen ikke kommer konsumentene til gode og heller at apotekkjedene tar ut denne høyere avansen i et av leddene sine. En ansatt i Legemiddelindustriforeningen (LMI) som ble intervjuet bekrefter at parallellimporterte legemidler ofte har en identisk eller bare marginalt lavere pris enn originallegemiddelet, og at apotek derfor kan tjene en del på dette.

Variabelen *Milligram* er ikke signifikant i alle analysene, det er derfor varierende om denne har noen påvirkning på AUP per milligram. Dette kan tyde på at høyere milligram ikke nødvendigvis fører til en lavere AUP per milligram som antatt, og viser at antagelsen om dette ikke nødvendigvis er korrekt. I alle regresjonsanalysene er *Kvantum* signifikant og det bekrefter at større kvantum gir rabatt. I hvilken grad de ulike legemidlene har påvirkning på AUP per milligram varierer etter om de er signifikante i de forskjellige analysene.

Regresjonsanalysene har alle høye justerte forklaringsgrader, de går fra ca. 56 % til rundt 96 %. De forklarende variablene som er signifikante i de forskjellige analysene er med på å forklare mye av variasjonen i AUP per milligram.

6.1.1 Oppsummering

I regresjonsanalysene har de fleste fortegnene til regresjonskoeffisientene vært som forventet. Det er kun to nullhypoteser som kan forkastes, og det er hvor det testes for om generiske og parallellimporterte legemidler blir billigere etter inklusjon i trinnprissystemet. Regresjonsanalysene viser at for generiske og parallellimporterte legemidler vil AUP per milligram gå ned etter inklusjon i trinnprissystemet. I disse tilfellene virker trinnprissystemet etter sin hensikt, nemlig å senke prisene på legemidler. For originallegemidler kan det ikke konkluderes med det samme siden *Etter* ikke er signifikant.

I regresjonsanalysene kan det ikke konkluderes med at det er forskjeller i AUP per milligram mellom original-, generiske og parallellimporterte legemidler. Siden ikke alle nullhypotesene kan forkastes kan ikke alle forventninger til forskjeller i AUP per milligram bekreftes fra regresjonsanalysene med de ti virkestoffene samlet. Kritisk sett kan det være flere grunner til dette. En grunn er at det kun er ti virkestoff som analyseres og det må derfor vises forsiktighet ved å generalisere resultatene til legemidler generelt. I de tilfellene hvor vi ikke kan forkaste nullhypotesen kan dette være et tegn på at generiske, parallellimporterte og originallegemidler ikke kan sette forskjellige priser på grunn av hard priskonkurranse.

6.2 Analyse av de enkelte virkestoffene

Tabellene som følger viser en oversikt over resultatene fra de individuelle analysene som er foretatt for de tre kategoriene av legemidler innenfor de ti virkestoffene. To av de ti virkestoffene (Quetiapin og Amlodipine) inneholdt for få observasjoner for parallellimporterte legemidler. For disse to er analysene hvor parallellimporterte legemidler inngår derfor utelatt. I regresjonsanalysene av Ceterizin er variabelen *Milligram* utelatt fordi denne variabelen er den samme for alle legemidlene, og følgelig er det bare for ni virkestoff denne variabelen blir analysert. For virkestoffene Omeprazol og Venlafaksin er *Milligram* utelatt i regresjonsanalysen hvor original før sammenlignes med original etter inklusjon ettersom denne variabelen er konstant for originallegemidlet. For virkestoffet Quetiapin er *Kvantum* utelatt i analysen hvor generisk før sammenlignes med generisk etter inklusjon, da kvantum er konstant for alle legemidlene her. Det samme gjelder i analysen hvor parallellimporterte legemidler før inklusjon sammenlignes med parallellimporterte legemidler etter inklusjon for virkestoffet Metoprolol. I regresjonsanalysene er det brukt en dummyvariabel for å skille de ulike kategoriene av legemidler fra hverandre og det er her ett legemiddel som inngår i konstantleddet. Innenfor hver kategori skilles det ikke mellom de forskjellige produsentene for generiske og parallellimporterte legemidler.

Tabell 6.2 Originallegemidler før inklusjon mot originallegemidler etter inklusjon i trinnprissystemet

Original før mot original etter inklusjon	Negativt fortegn	Antall signifikante	Positivt fortegn	Antall signifikante
Etter	8	5	2	2
Milligram (3 analyser uten milligram)	7	7	0	0
Kvantum	10	8	0	0

I analysene hvor AUP per milligram for originallegemidlet før inklusjon i trinnprissystemet er sammenlignet med AUP per milligram for originallegemidlet etter inklusjon har åtte av ti virkestoff negativt fortegn for variabelen *Etter*, hvorav fem er signifikante. Analysen viser videre at for to av virkestoffene har AUP per milligram etter inklusjon i trinnprissystemet økt og at økningen er signifikant. At originallegemidlet øker sin pris etter inklusjon i trinnprissystemet kan tyde på at de gjennom patentperioden har bygget opp et kjent merkenavn og opparbeidet seg trofaste kunder som ikke vil bytte over til et rimeligere, generisk legemiddel selv om prisen øker. Dette er et eksempel på det generiske paradoks. Det kan også bety at noen konsumenter står overfor byttekostnader og derfor ikke vil bytte til generiske legemidler selv om originallegemiddelet er dyrere. Noe som er overraskende er at i bare 50 % av tilfellene vil AUP per milligram på originallegemidlet signifikant reduseres etter inklusjon i trinnprissystemet. For tre av virkestoffene er variabelen *Etter* ikke signifikant og derfor må nullhypotesen om at AUP per milligram er lik før og etter inklusjon beholdes for disse virkestoffene.

Variabelen *Milligram* har negativ, signifikant påvirkning på AUP per milligram for alle de syv virkestoffene i de individuelle analysene. *Kvantum* har også negativt fortegn i alle analysene, men her er bare 8 signifikante.

Tabell 6.3 Generiske legemidler før inklusjon mot generiske legemidler etter inklusjon i trinnprissystemet

Generiske før mot generiske etter inklusjon	Negativt fortegn	Antall signifikante	Positivt fortegn	Antall signifikante
Etter	10	9	0	0
Milligram (1 analyse uten milligram)	8	7	1	1
Kvantum (1 analyse uten kvantum)	9	5	0	0

I analysene hvor AUP per milligram for de generiske legemidlene før inklusjon i trinnprissystemet er sammenlignet med AUP per milligram etter inklusjon, har variabelen *Etter* negativt fortegn for alle ti

virkestoffene og for ni av disse er variabelen signifikant. Dette resultatet tyder på at inklusjon i trinnprissystemet har ønsket effekt på de generiske legemidlene, nemlig at prisen reduseres. Videre vises det fra analysen at variabelen *Milligram* har negativt fortegn for åtte av ni virkestoff, og for syv av de åtte med negativt fortegn er variabelen signifikant. *Kvantum* er negativ for alle 9 virkestoffene og variabelen er signifikant for fem av disse. Det er derfor varierende om milligram og kvantum har påvirkning på prisen.

Tabell 6.4 Parallellimporterte legemidler før inklusjon mot parallellimporterte legemidler etter inklusjon i trinnprissystemet

Parallellimporterte før mot parallellimporterte etter inklusjon	Negativt fortegn	Antall signifikante	Positivt fortegn	Antall signifikante
Etter	6	3	2	1
Milligram (1 analyse uten milligram)	6	6	1	1
Kvantum (1 analyse uten kvantum)	7	6	0	0

I analysene hvor AUP per milligram for parallellimporterte legemidler før inklusjon i trinnprissystemet er sammenlignet med AUP per milligram etter inklusjon har variabelen *Etter* negativt fortegn for seks av åtte virkestoff, og for tre av disse er variabelen signifikant. Ett virkestoff har positiv, signifikant fortegn, mens ett har positivt fortegn som ikke er signifikant. Dette sprikende resultatet viser at inklusjon i trinnprissystemet har en noe uklar virkning på AUP per milligram for de parallellimporterte legemidlene. Variabelen *Milligram* er negativ og signifikant for seks av virkestoffene, og for ett virkestoff er den positiv og signifikant. Variabelen *Kvantum* har negativt fortegn for alle virkestoffene, hvorav bare ett ikke er signifikant.

Tabell 6.5 Generiske legemidler før inklusjon mot originallegemidler før inklusjon i trinnprissystemet

Generiske før mot original før inklusjon	Negativt fortegn	Antall signifikante	Positivt fortegn	Antall signifikante
Original	0	0	9	5
Milligram (1 analyse uten milligram)	8	8	0	0
Kvantum	9	7	0	0

Det neste som er analysert er AUP per milligram for de generiske legemidlene sammenlignet med AUP per milligram for originallegemidler før inklusjon i trinnprissystemet. For virkestoffet Amlodipine er P-verdien til ANOVA testen ikke signifikant på et 5 % signifikansnivå og forklaringsgraden er veldig lav. Dette betyr at modellen som helhet ikke har forklaringskraft, og kan derfor ikke brukes til å

forklare endringene i AUP per milligram. Resultatene i denne analysen blir derfor ikke tatt hensyn til. Det er derfor bare ni virkestoff som blir analysert her.

Analysene viser at for alle virkestoffene hadde variabelen *Original* positivt fortegn, men bare fem av de er signifikante. For fire av virkestoffene som er analysert må altså nullhypotesen beholdes, og det kan derfor ikke konkluderes med at AUP per milligram er ulik mellom generiske og originallegemidler i disse tilfellene. Variabelen Milligram er signifikant negativ for alle virkestoff og *Kvantum* er negativ for alle ni, hvorav syv er signifikante. Dette støtter opp antagelsen om at det gis kvantumsrabatt, og at høyere milligram gir lavere priser.

Tabell 6.6 Generiske legemidler etter inklusjon mot originallegemidler etter inklusjon i trinnprissystemet

Generiske etter mot original etter inklusjon	Negativt fortegn	Antall signifikante	Positivt fortegn	Antall signifikante
Original	1	0	8	7
Milligram (1 analyse uten milligram)	7	8	1	1
Kvantum	9	7	0	0

Den neste analysen sammenligner AUP per milligram for generiske legemidler etter inklusjon i trinnprissystemet med AUP per milligram for originallegemidlene etter inklusjon, og her er det lignende resultater som i analysene før inklusjon. For virkestoffet Sumatriptan er P-verdien til ANOVA testen 0,079 og ikke signifikant. Tilfellet her er likt som i analysen hvor det testes for generiske legemidler før mot originallegemiddel før inklusjon i trinnprissystemet for virkestoffet Amlodipine. Resultatene for dette virkestoffet er derfor ikke tatt hensyn til.

For åtte av virkestoffene har *Original* positivt fortegn og her er syv av disse signifikante. For ett av virkestoffene har variabelen negativt fortegn, men denne er ikke signifikant. Variablene *Milligram* er signifikant negativ for syv av åtte virkestoff, mens den er signifikant positiv for ett virkestoff. *Kvantum* er, slik den var før inklusjon i trinnprissystemet, negativ for alle de ni virkestoffene, og syv av disse er signifikante.

Tabell 6.7 Generiske legemidler før inklusjon mot parallellimporterte legemidler før inklusjon i trinnprissystemet

Generiske før mot parallellimporterte før inklusjon	Negativt fortegn	Antall signifikante	Positivt fortegn	Antall signifikante
Parallell	0	0	8	7
Milligram (1 analyse uten milligram)	6	5	1	1
Kvantum	8	6	0	0

AUP per milligram for generiske legemidler er også sammenlignet med AUP per milligram for parallellimporterte legemidler før og etter inklusjon i trinnprissystemet. Før inklusjon viser testene at for alle åtte virkestoffene hadde variabelen *Parallell* positivt fortegn og for syv av disse er virkningen signifikant. Derfor kan nullhypotesen om ingen forskjell i AUP per milligram forkastes for syv av åtte virkestoff. Det konkluderes med at AUP per milligram er ulik for parallellimporterte og generiske legemidler for disse virkestoffene og at de parallellimporterte legemidlene har en høyere AUP per milligram. Variabelen *Milligram* har negativt fortegn for seks av virkestoffene, hvorav fem er signifikante. For ett av virkestoffene er fortegnet signifikant positivt. For *Kvantum* er alle fortegnene negative og seks av disse er signifikant negative.

Tabell 6.8 Generiske legemidler etter inklusjon mot parallellimporterte legemidler etter inklusjon i trinnprissystemet

Generiske etter mot parallellimporterte etter inklusjon	Negativt fortegn	Antall signifikante	Positivt fortegn	Antall signifikante
Parallell	0	0	8	7
Milligram (1 analyse uten milligram)	6	6	1	1
Kvantum	7	6	1	1

Etter inklusjon i trinnprissystemet er situasjonen ganske lik som før inklusjon. For alle virkestoffene har *Parallell* positivt fortegn, og for syv av åtte virkestoff er dette signifikant. Dette viser at parallellimporterte legemidler er priset høyere enn de generiske legemidlene, noe som er forventet. Variabelen *Milligram* har negativ virkning for 6 virkestoff, og alle disse er signifikante, men for ett virkestoff har variabelen positiv signifikant virkning. *Kvantum* har negativ virkning for syv av åtte virkestoff, og seks av disse er signifikante. For det siste virkestoffet har *Kvantum* signifikant positivt fortegn. Det betyr at AUP per milligram er høyere for større pakninger, noe som er uventet. Dette virkestoffet er Omeprazol og det er bare i sammenligningen av AUP per milligram etter inklusjon mellom generiske og parallellimporterte legemidler denne variabelen har signifikant positiv virkning.

Tabell 6.9 Parallellimporterte legemidler før inklusjon mot originallegemidler før inklusjon i trinnsprissystemet

Parallellimporterte før mot original før inklusjon	Negativt fortegn	Antall signifikante	Positivt fortegn	Antall signifikante
Original	6	5	2	0
Milligram (1 analyse uten milligram)	6	6	1	1
Kvantum	8	7	0	0

De mest oppsiktsvekkende resultatene fremkommer i analysene hvor AUP per milligram for parallellimporterte legemidler sammenlignes med originallegemidlene. Før inklusjon har variabelen *Original* negativt fortegn for seks av åtte virkestoff, og for fem av disse er virkningen signifikant. Dette viser at for fem av åtte virkestoff må nullhypotesen om lik AUP per milligram forkastes og alternativhypotesen om ulik pris beholdes. Fra fortegnet ser vi at prisen i disse tilfellene er lavere for originallegemidlene, noe som er oppsiktsvekkende ettersom parallellimporterte legemidler importeres av den grunn at de er rimeligere priset enn originallegemidlet. I den samlede analysen av alle virkestoffene ble det nevnt at grunnen til at parallellimporterte legemidler er lik eller dyrere enn originallegemidler er fordi apotekene selger disse til en lik eller høyere pris ut til konsumentene. Grossistene kjøper parallellimporterte legemidler billigere enn originallegemidler og sitter igjen med den økte avansen ved å selge parallellimporterte legemidler til samme pris som originallegemidler til apotekene. For to av virkestoffene har variabelen *Original* positivt fortegn, men dette er ikke signifikant for noen av virkestoffene. For seks av syv virkestoff har variabelen *Milligram* signifikant negativ virkning og for ett av virkestoffene er virkningen av denne variabelen signifikant positiv. For *Kvantum* er virkningen negativ for alle åtte, og for syv av disse er virkningen signifikant.

Tabell 6.10 Parallellimporterte legemidler etter inklusjon mot originallegemidler etter inklusjon i trinnsprissystemet

Parallellimporterte etter mot original etter inklusjon	Negativt fortegn	Antall signifikante	Positivt fortegn	Antall signifikante
Original	7	5	1	1
Milligram (1 analyse uten milligram)	6	6	1	1
Kvantum	8	6	0	0

Etter inklusjon viser analysene lignende resultater. Her har variabelen *Original* negativt fortegn for syv av åtte virkestoff, og dette er signifikant for fem av de. For ett virkestoff har denne variabelen signifikant positivt fortegn. *Milligram* er også her signifikant negativ for seks av virkestoffene, mens

den for ett virkestoff er signifikant positiv. *Kvantum* er negativ for alle åtte, og seks av disse er signifikante.

6.2.1 Oppsummering

Fra regresjonsanalysene kan det konkluderes med at det stort sett alltid blir gitt kvantumsrabatt. For ett av virkestoffene avviker dette resultatet, men for resten er dette gjeldende. *Milligram* påvirker også stort sett AUP per milligram negativt, men dette var litt mer varierende. Det kan derfor konkluderes med at pakningsstørrelse har større påvirkning på AUP per milligram enn det styrken på legemiddelet har.

Innføring av trinnprissystemet har hatt ønsket virkning på AUP per milligram for de generiske legemidlene, nemlig redusert pris. Originalproduktene har signifikant redusert prisen i 50 % av tilfellene, noe som tilsier at inklusjon i trinnprissystemet har en noe uklar virkning for disse produktene. Noen produsenter velger å holde en høy pris og dermed beholde sine trofaste kunder, mens andre reduserer prisen etter inklusjon i trinnprissystemet. For de parallellimporterte legemidlene er det også vanskelig å trekke en konklusjon ettersom AUP per milligram etter inklusjon i trinnprissystemet varierer mye mellom de ulike virkestoffene.

Parallellimporterte legemidler importeres på grunn av prisforskjeller, og derfor er det overraskende at datamaterialet som er analysert viser at for halvparten av virkestoffene er originallegemidlet priset signifikant lavere enn parallellimporterte legemidler. Det er tydelig at billigere parallellimporterte legemidler som kjøpes av grossist ikke kommer konsumentene til gode gjennom lavere priser. Videre viser analysene at generiske legemidler i de fleste tilfeller prises lavere enn både parallellimporterte og originallegemidler.

6.3 Bytteandel

Bytteandelen viser hvor stor andel av konsumentene som bytter fra det legemiddelet som er forskrevet på resept til et annet legemiddel. Tabellen under viser en prosentvis oversikt over bytteandelen for de forskjellige virkestoffene som er med i analysene som har blitt utført i denne utredningen. Bytteandelen er for en tilfeldig måned. Virkestoffet Diklofenak er ikke med i tabellen da tallmaterialet for dette virkestoffet ikke var tilgjengelig. Virkestoffene som er markert med fet skrift og er i kursiv inngår i foretrukket legemiddelordningen.

Tabell 6.11 Oversikt over bytteandelen til ni av virkestoffene som inngår i analysene

Virkestoff	Andel
Metroprolol	64,1 %
<i>Omeprazole</i>	75,2 %
<i>Sumatriptan</i>	81,2 %
Quetiapine	84,4 %
Amlodipine	86,5 %
Risperidon	88,3 %
<i>Ceterizin</i>	88,5 %
<i>Simvastatin</i>	90,6 %
Venlafaxine	91 %

Kilde: Mailkommunikasjon med Apotekforeningen

Tabellen viser at for disse ni virkestoffene er bytteandelen generelt høy, med unntak av virkestoffet Metroprolol hvor andelen er 64 %. Høye bytteandeler kan bety at originallegemidler holder en høyere pris enn generiske legemidler, noe som fører til at flere bytter. Bytteandelene som vises i tabellen kan også relateres til det som har blitt funnet i regresjonsanalysene. Fra regresjonsanalysene kan det sees at når det testes for generiske legemidler før mot originallegemidler før inklusjon i trinnprissystemet så har variabelen *Original* positivt fortegn for alle de ti virkestoffene og fem er signifikante. Når det testes for det samme etter inklusjon i trinnprissystemet har variabelen *Original* positivt fortegn for ni virkestoff og syv av disse er signifikante. De fleste av regresjonsanalysene viser derfor at original er dyrere enn de generiske legemidlene, og dette kan være årsaken til at bytteandelen er høy for mange av virkestoffene som inngår i analysene.

I regresjonsanalysene er det også tilfeller hvor variabelen *Original* er positiv, men ikke signifikant. I disse tilfellene kan det være andre årsaker til bytteandelen er høy for de enkelte virkestoffene. En

årsak til at bytteandelen er høy kan være fordi apotek kun har generiske legemidler tilgjengelig, og hvis noen skal ha originallegemiddelet må det bestilles inn. En farmasøyt som ble intervjuet fortalte at dette var tilfelle ved noen apotek. Dette vil føre til en høyere bytteandel ettersom konsumentene ikke alltid vil vente til originallegemiddelet blir bestilt inn. Grunnen til at apotek i noen tilfeller kun har generiske legemidler på lager kan være fordi det er billigere enn originallegemiddelet. En høy bytteandel kan også tyde på at apotek er flinke til å opplyse om bytte til billigere legemiddel.

En årsak til at bytteandelene ikke ligger nærmere 100 % er at det alltid vil være noen som ikke kan bruke noe annet enn originallegemiddelet på grunn av at de er reservert mot bytte eller av andre årsaker ikke ønsker å bytte. Fra samtale med innkjøpsdirektøren i en av apotekkjedene kom det fram at erfaringsmessig er en bytteandel på maksimalt 90 % det som kan oppnås siden lege og pasient kan reservere seg mot bytte. Bytteandelen avhenger også av hvilke innkjøpsavtaler de forskjellige apotekene har. Dersom originalprodusenten tilbyr grossistene gode innkjøpspriser og dette fører til at originallegemidlene prises lavere ut til konsument, vil dette kunne føre til at de generiske legemidlene blir mindre attraktive og byttegraden for disse virkestoffene blir lavere. Dette er ikke nødvendigvis en ulempe, for dersom originallegemidlene kan selges til lik eller lavere pris enn de generiske legemidlene pga. gode innkjøpsavtaler, kan dette være fordelaktig for konsumentene.

Årsaken til at bytteandelene for virkestoffene som er med i foretrukket legemiddelordningen er høye er at en større andel leger skriver virkestoffet på resepten enn normalt. Før virkestoffene blir inkludert i foretrukket legemiddelordningen har det vært generiske legemidler tilgjengelig på markedet en stund og apotekene har derfor opparbeidet en relativt stabil høy byttegrad. Når så virkestoffene blir foretrukket øker byttegraden til et nivå som ligger høyere enn det apoteket har kunnet oppnå tidligere. Selv om legen skriver virkestoff på resepten måles det som om apoteket har byttet selv om det ikke er et reelt bytte.¹¹⁸

Tabellen under viser en oversikt over bytteandelen til andre virkestoff enn de som har blitt analysert. Det som sees fra tabellen er at bytteandelen er veldig varierende, fra rundt 40 % til nesten 100 %. At enkelte virkestoff har nesten 100 % i bytteandel kan tyde på at det er store prisforskjeller mellom generiske og originallegemidler. En prisforskjell kan være på opp til 800 kroner, og ved så store prisforskjeller vil de fleste bytte. De lave bytteandelene kan være et tegn på at det ikke er så stor prisdifferanse mellom generiske og originallegemidler. Det er likevel viktig å få konsumentene til å bytte da dette stimulerer til økt konkurranse, noe som totalt sett kan gi store besparelser for

¹¹⁸ Mailkommunikasjon med Vitusapotek

samfunnet. Lave bytteandeler viser at det er mye som bør gjøres for å øke bruken av generiske legemidler, og flere tiltak for å oppnå dette blir drøftet i denne utredningen.

Tabell 6.12 Oversikt over bytteandelen til noen utvalgte virkestoff

Virkestoff	Andel
Glimepiride	43,7 %
Finasteride	56,7 %
Ondansetron	63,1 %
Enalapriland diuretics	63,3 %
Felodipine	70,6 %
Enalapiril	73,3 %
Meloxicam	73,4 %
Atenolol	73,9 %
Bicalutamide	77,5 %
Fentanyl	78,5 %
Amoxicillin	79,8 %
Lisinopril	81,7 %
Pravastatin	83,2 %
Fluoxetine	83,7 %
Lisinopril and diuretics	83,9 %
Olanzapine	84,8 %
Moxonidine	84,9 %
Ciproloxacin	89,5 %
Fluconazole	89,6 %
Citalopram	89,6 %
Paroxetine	89,7 %
Alendronic acid	96,1 %
Terbinafine	96,9 %
Clarithromycin	97,8 %

Kilde: Apotekforeningen

DEL 4: TILTAK FOR Å GJØRE KONKURRANSEN MELLOM PRODUSENTENE

HARDERE

I del 2 ble det konkludert med at markedet er oligopolistisk og at muligheten for lønnsomhet er til stede. Analysene fra del 3 viser også at priskonkurransen i legemiddelmarkedet med fordel kan gjøres hardere. Prisene ut mot konsumentene (AUP) reduseres ikke signifikant etter inklusjon i trinnprissystemet i alle analysene, og potensialet for ytterligere besparelser er derfor til stede. Flere tiltak kan iverksettes for å oppnå lavere priser, og et tiltak er å gjøre konkurransen blant legemiddelprodusentene hardere.

KAPITTEL 7 STYRKE PORTERS FEM KREFTER

Etter patentperioden vil det oppstå konkurranse for et virkestoff. Hardere konkurranse mellom generiske og originallegemidler vil kunne presse prisene på legemidler ned og være en besparelse for samfunnet. Å styrke kreftene i Porters 5-krefter modell vil kunne føre til hardere konkurranse og legemiddelpriser nærmere trinnpris. Hardere konkurranse mellom produsentene er ikke en sikkerhet i seg selv for at konsumentene skal få lavere priser på legemidler, siden både grossistene og apotekene legger til avanse på prisene som produsentene selger sitt legemiddel til. For at lavere priser på legemidlene fra produsentene skal komme konsumentene til gode, kan grossistenes avanse reguleres slik at den ikke blir urimelig høy. På denne måten vil lavere priser fra produsentene komme konsumentene til gode.

7.1 Faren for nyetableringer

For å gjøre denne kraften sterkere må etableringsbarrierene reduseres. Med lavere etableringsbarrierer vil det bli lettere for flere aktører å etablere seg i markedet. Det er flere tiltak som kan bidra til dette.

Et tiltak for å gjøre det lettere for generiske legemidler å komme på markedet er å gjøre det vanskeligere for originalprodusenten å saksøke nye generiske aktører. Risikoen for å bli saksøkt er en etableringsbarriere for generiske produsenter som bør fjernes. Det skal nå etableres klarere regler som gjør det enklere å forstå hva som er tillatt når det gjelder patenter og dette vil redusere risikoen for å bli saksøkt.

Patent er en etableringsbarriere som kan gjøres lavere. For å skape mer konkurranse mellom generiske og originallegemidler kan patenttiden kortes ned eller elimineres. Dette kan for eksempel gjøres hvis staten tar på seg kostnadene med FoU. Originallegemiddelet vil i et slikt tilfelle ikke få like god mulighet til å opparbeide seg et merkenavn hos konsumenter og leger som de kan med dagens patentordning, og det vil være vanskeligere å få lojale konsumenter. For generiske legemidler vil dette være en stor fordel. Dette kan på den annen side redusere incentivene til å drive FoU ettersom muligheten for å oppnå profitt reduseres, noe som kan få svært uheldige konsekvenser. Her kan det imidlertid lages en ordning som sikrer legemiddelprodusentene grei avkastning, selv om de ikke får monopol i en patentperiode. Det er viktig at legemiddelprodusentene ikke mister incentivene til å drive med forskning, så en slik ordning må tenkes nøye igjennom og gjerne utarbeides i samarbeid med produsentene.

Markedsføring som gjøres overfor leger for å påvirke deres forskrivning er en etableringsbarriere som bør fjernes. Smøring i andre bransjer har blitt slått hardt ned på, og det bør det også gjøres i legemiddelmarkedet, da spesielt med tanke på at de fleste leger er offentlig ansatte. Dersom det hadde vært strengere krav mot slik markedsføring ville gjerne ikke legene vært like tilbørlig til å skrive originallegemidlet på resept. Problemet med markedsføring er i dag ikke like stort som det var for en del år tilbake. Likevel bør all form for markedsføring som går utover det som er helt nødvendig med tanke på å gi informasjon om legemiddelet bli vanskeligere å gjennomføre.

Til lik pris vil originallegemiddelet ha en fordel i forhold til det generiske legemidlet siden det allerede er velkjent hos konsumentene. For at de generiske legemidlene skal bli valgt overfor originallegemidlet, må de derfor ha lavere pris. At generiske produsenter selger sine legemidler til grossistene billigere enn det originalprodusenten gjør fører nødvendigvis ikke til at disse lavere prisene kommer konsumentene til gode. En regulering av avansen som grossist får ved videresalg til apotek kan forhindre dette. Det vil da være et tak på hvor høy pris grossistene kan ta på salg til apotek. Det kan for eksempel være et forslag at avansen grossistene får ved videresalg til apotek er et bestemt kronetillegg som er lik for alle innkjøpspriser. Det unngås da at grossistene får økt avanse jo høyere innkjøpspris de har og de vil derfor ha incentiv til å forhandle prisene ned. Produsentene kan med en slik ordning selge sine produkter billigere til grossist med den sikkerhet om at de også blir solgt billigere til konsumentene.

7.2 Trusselen fra substitutter

Det ble konkludert med at trusselen fra substitutter er en svak kraft. Siden denne kraften er svak er den ikke med på å gjøre konkurransen i markedet hard. Legemidler er såpass spesielt og særegent at det ikke vil kunne finnes nære substitutter for de fleste konsumenter. Det vil derfor være svært vanskelig å gjøre denne kraften sterk. Siden det ikke vil finnes nære substitutter vil ikke denne kraften ha spesielt stor påvirkning på konkurransen i legemiddelmarkedet.

7.3 Kundenes forhandlingsmakt

Før patentutløp ble det konkludert med at denne kraften er svak. For at kundenes forhandlingsmakt skal bli høy før patentet går ut vil det være nødvendig med flere tilbydere. Dette vil være mulig hvis patentet fjernes slik som nevnt under faren for nyetableringer.

Denne kraften er sterk etter at patentet har utgått, og tiltak for å styrke denne kraften etter patentutløp er derfor ikke nødvendig. Ordningen med generisk bytte og trinnprissystemet er med på å gjøre denne kraften sterk.

7.4 Leverandørenes forhandlingsmakt

For at denne kraften skal være sterk er det nødvendig at det eksisterer mange leverandører. Hvorvidt det gjør det avhenger av om leverandørene har patent på den innsatsfaktoren de selger. Dette punktet er utenfor utredningens rekkevidde og vil derfor ikke bli diskutert nærmere.

7.5 Trusselen fra konkurrenter

Ved å gjøre tiltak for å styrke de fire andre kreftene vil trusselen fra konkurrenter bli større. Når trusselen fra konkurrenter er større vil konkurransen være hardere i markedet. Hardere konkurranse vil kunne føre til lavere priser på legemidler fra produsentene og at flere legemidler vil være priset nærmere trinnpris. Forutsetningen for dette er at grossistene ikke tar ut urimelig høy avanse. Faren for nyetableringer er i utgangspunktet den svakeste kraften og det er flere tiltak som kan gjøres for å styrke denne. De tiltakene som blir nevnt for å gjøre etableringsbarrierene lavere er det myndighetene som har mulighet til å iverksette.

DEL 5: KONSUMENTENES PÅVIRKNING PÅ KONKURRANSEN OG TRINNPRISSYSTEMET

KAPITTEL 8 TEORI OM MANGELFULL INFORMASJON OM PRISER OG BYTTEKOSTNADER

8.1 Mangelfull informasjon

Mangelfull informasjon kan påvirke markedsstrukturen. For konsumenter vil perfekt informasjon bety at de har tilgang til alle priser, tilbydere og produkter. På den måten kan de lett sammenligne priser og tilbud. Mangelfull informasjon kan komme i flere former. En form for mangelfull informasjon er at konsumentene ikke har informasjon om de forskjellige prisene som tas av de ulike tilbyderne. En annen form for mangelfull informasjon er at konsumentene ikke kjenner kvaliteten til de forskjellige produktene. Ofte vil mangelfull informasjonen være skjevt fordelt, det vil si at selger vet mer om pris og kvalitet enn det konsumenten gjør.¹¹⁹

Mangelfull informasjon om kvalitet er også et tema, da det ikke er relevant i denne utredningen er det utelatt her.

Carlton og Perloff (1994) nevner fem grunner til at konsumenter har mangelfull informasjon:

Pålitelighet: Ikke all informasjon er korrekt, og informasjon som var korrekt en gang, kan i dag være utdatert og feil. En rasjonell konsument bør derfor ikke stole like mye på all informasjon fra forskjellige kilder.

Søkekostnader: Det er en kostnad forbundet med å samle inn informasjon. For en konsument vil det ikke lønne seg å samle inn mer informasjon hvis den marginale fordel er mindre enn marginalkostnaden ved innsamling av informasjon.

Begrenset hukommelse av informasjon: Konsumenter har begrenset mulighet til å kunne huske all informasjon. Det er mer sannsynlig at viktig informasjon memoreres, og i tillegg er det lettere å huske informasjon som er en del av en rutine. Prisene til de forskjellige aktørene i et marked er ikke nødvendigvis viktige eller en del av en rutine, og blir derfor vanskeligere å huske. Det er også

¹¹⁹ Sjørgard 2005

vanskelig for en konsument å huske prisene på alle varene som kjøpes, ettersom dette kan bli svært mange produkter.

Enkle regler: Det er ofte lettere for konsumenter å bruke enkle regler når informasjon skal bearbeides. Det er kostbart for konsumentene å bearbeide all informasjonen de har samlet inn og derfor bruker de bare en del av den innsamlede informasjonen. En rasjonell konsument vil bearbeide informasjon frem til marginal nytte er lik marginalkostnaden av å bearbeide informasjon. Dette blir kalt for "bounded rationality".

Mangel på utdannelse eller intelligens: Noen konsumenter har ikke den nødvendige utdannelse eller intelligens til å bruke den tilgjengelige informasjonen på en rett måte.¹²⁰

Informasjonsasymmetrier kan påvirke konkurranseforholdene på ulike måter. Bedrifter kan få mer eller mindre markedsrett avhengig av hvor mye informasjon konsumentene har.¹²¹ Konkurransen i et marked påvirkes blant annet av i hvor stor grad konsumentene har informasjon om pris. Grad av informasjon kan variere mellom konsumenter med lite informasjon, både lite og mye informasjon, og til slutt mye informasjon. Tilfellene hvor alle konsumentene enten har lite eller mye informasjon er urelevante i denne utredningen og er derfor ikke presentert her. For spesielt interesserte er denne teorien tilgjengelig i appendikset.

8.1.1 Konsumenter med lite og mye informasjon

I noen markeder vil det være konsumenter som har mye informasjon og noen konsumenter som har lite informasjon. Konsumentene med mye informasjon vet hvilke bedrifter som tar hvilke priser, mens de med lite informasjon kun vet hvor mange bedrifter det er og hvilke priser som tas, men ikke hvilke bedrifter som tar de forskjellige prisene.

Når en stor andel av konsumentene har mye informasjon vil en strategi med høy pris lede til lite salg, ettersom konsumentene vet hvilke bedrifter som tar lavere priser og vil kjøpe av disse. Hvis en stor andel av konsumentene er godt informert vil derfor alle bedriftene sette en lav pris for å få salg. Er det derimot omvendt, slik at bare noen få konsumenter er godt informert vil vi kunne få en likevekt der noen bedrifter tar en høy pris og noen en lav pris. De som tar høy pris vil fortsatt få solgt sine produkter ettersom det vil være en god andel av konsumentene som ikke er klar over hvilke bedrifter som tar en lavere pris.

¹²⁰ Carlton og Perloff 1994

¹²¹ Sørsgard 2005

Teorien viser at grad av informasjon kan påvirke konkurransen. Det tiltaket som kan fungere best for å skape mer priskonkurranse er å gi konsumentene mer informasjon om hvilke bedrifter som tar hvilke priser. På den måten kan alle bedrifter presses til å sette en lavere pris, ettersom konsumentene med mye informasjon bare vil kjøpe hos de med lav pris.¹²²

8.2 Byttekostnader

I mange markeder vil det være kostnader for konsumenter forbundet med å bytte leverandør av produkter. Byttekostnader er de faktiske eller opplevde kostnadene for en konsument ved å bytte leverandør av et produkt eller en tjeneste. Fordeler ved å bytte kan i mange tilfeller ikke være verdt kostnaden eller risikoen.¹²³

Produkter som før kjøp er homogene, kan etter kjøp være differensierte på grunn av byttekostnader. Byttekostnader kan være transaksjonskostnader, lærekostnader, kontraktkostnader og psykologiske kostnader.

Ved bytte av for eksempel bank er det transaksjonskostnader forbundet med å åpne og stenge en konto. Lærekostnader vil si at det tar tid å sette seg inn i et nytt produkt og finne ut hvordan det skal brukes. Selv om produktet det byttes til er det samme funksjonelt sett, men av et annet merke, kan det være nødvendig å lære seg hvordan det nye merket brukes selv om produktet i seg selv er det samme. Kontraktkostnader er byttekostnader forbundet med at en kontrakt brytes for å bruke en annen leverandør. Psykologiske kostnader er knyttet til en lojalitetsfølelse konsumenten kan ha til sin leverandør eller som følge av vane for å kjøpe av en bestemt leverandør, og som kan føre til at konsumenten ikke vil bytte. Psykologiske kostnader trenger ikke å ha noen økonomisk rasjonell grunn.

Byttekostnader gjør en bedrift sin etterspørselkurve mer uelastisk og kan gjøre konkurransen mindre hard. Byttekostnader skaper flere markedssegmenter, hvor hvert segment har noen konsumenter som tidligere har kjøpt hos dem. Konsumenter som allerede har kjøpt hos en bedrift vil gjerne ha et større ønske enn nye konsumenter om å kjøpe mer hos bedriften, ettersom de kan stå overfor byttekostnader. En kunde som allerede har kjøpt hos en bedrift vil derfor være mindre prisfølsom overfor prisreduksjoner hos konkurrerende bedrifter som leverer et likt produkt. At konsumenter blir låst til en bedrift skaper et dilemma for denne bedriften. Den kan fortsette å opprettholde en høy pris overfor sine nåværende kunder og risikere tap av nye kunder som følge av den høye prisen, eller

¹²² Sjørgard 2005

¹²³ Johnson et al 2006

sette en lavere pris og tiltrekke seg nye kunder. Som følge av at kunder kan bli "låst" til segmenter vil hvert segment ha en form for markedsrett.¹²⁴

¹²⁴ Klemperer 1987

KAPITTEL 9 ANALYSE AV MANGELFULL INFORMASJON OM PRISER OG BYTTEKOSTNADER

9.1 Mangelfull informasjon

I legemiddelmarkedet er det flere forhold som gir grunnlag for å anta at det eksisterer mangelfull informasjon om legemidler. En av grunnene til dette er at det ikke er lov til å markedsføre reseptpliktige legemidler overfor konsumentene. Dette fører til at konsumentene ikke kan få informasjon om de forskjellige legemidlene og prisene gjennom medier som ofte er en viktig informasjonskilde. For substituerbare legemidler vil pris være en viktig faktor som vil ha mye å si for konkurransen mellom legemidlene. En annen grunn til at det eksisterer mangelfull informasjon er at få leger er flinke til å opplyse pasientene om at det finnes generiske legemidler. Dette kom fram gjennom et intervju med en farmasøyt. De fleste konsumentene i legemiddelmarkedet har ikke tilgang til all informasjon om priser og de forskjellige legemidlene og dette vil kunne påvirke konkurransen.

Carlton og Perloff (1994) sine fem grunner til at konsumenter har mangelfull informasjon kan relateres til legemiddelmarkedet:

Pålitelighet: Informasjon som gis av fagpersonell må antas å være korrekt. Informasjon om legemidler fra leger er viktig for konsumentene, og leger er en pålitelig informasjonskilde. Fra intervju med en farmasøyt kom det fram at enkelte konsumenter ser på det som blir opplyst av legen som "lov", og for apotekene er det i slike tilfeller vanskelig å påvirke konsumenten til å bytte til et generisk legemiddel. Det kan derfor tenkes at legen er den informasjonskilden som blir sett på som mest pålitelig, en oppfatning som også farmasøytene som ble intervjuet var enige i. Informasjon fra bekjente som har prøvd et legemiddel vil ikke alltid være korrekt siden dette ofte vil være subjektive vurderinger. En av farmasøytene mente at informasjon konsumenter får fra bekjente påvirker om en konsument vil kjøpe et generisk legemiddel. Hvis bekjente har hatt dårlig erfaring med et generisk legemiddel er det vanskeligere å få konsumentene til å bytte.

Søkekostnader: Når det gjelder legemidler vil det helt klart være en søkekostnad forbundet med å finne prisene på reseptpliktige legemidler. Prisene er ikke lett tilgjengelig ettersom det ikke markedsføres for de. Hvis ikke lege eller annet fagpersonell gir informasjon om priser, må konsumenten selv gjøre en jobb for å finne ut hva prisene er. Selv om det opplyses om at det kan finnes et billigere generisk legemiddel når legemiddelet hentes i apotek vil ikke dette nødvendigvis være tilstrekkelig ettersom konsumenten ikke på forhånd får tid til å vurdere prisforskjellene. Dette

gjelder spesielt dersom prisdifferansen er stor og konsumenten gjerne vil ha originallegemidlet. I slike tilfeller vil det ofte være mer ønskelig å ha bedre tid til å vurdere hvilket legemiddel som skal velges.

Begrenset hukommelse av informasjon: For mange konsumenter er det å kjøpe legemidler ikke en del av en daglig rutine og det blir derfor vanskeligere å huske prisene. Selv for de som bruker legemidler regelmessig kan det være vanskelig å huske prisene, ettersom det introduseres nye generiske legemidler og fordi mange legemidler forandrer pris med tiden blant annet som følge av trinnprissystemet og konkurranse. I tillegg vil regelmessig bruk av legemidler ikke bety at det kjøpes ofte ettersom konsumenter kan kjøpe legemidler til flere måneders bruk hver gang en resept heves. Det lange intervallet mellom hver gang legemidler kjøpes gjør det vanskeligere å huske informasjon om prisene.

Enkle regler: I bearbeidelsen av informasjonen om legemidler vil det nok være tilfeller hvor enkle regler kan brukes og tilfeller hvor det ikke er like lett å bruke enkle regler. Hvis det kun er snakk om noen få legemidler og prisforskjellene på disse, kan det nok tenkes at enkle regler kan tas i bruk. Mer kostbart blir det å bearbeide den innsamlede informasjonen hvis det er snakk om mange legemidler, og hvis det i tillegg skal finnes ut om de forskjellige bivirkningene til hvert legemiddel.

Mangel på utdanning eller intelligens: I hvilken grad konsumentene mangler utdanning eller intelligens for å kunne vurdere den tilgjengelige informasjonen vil nok variere i markedet. Det kan sies at hele befolkningen er konsumenter av legemidler og utdannelsen vil derfor variere.

9.1.1 Hvor mye informasjon har konsumentene i legemiddelmarkedet?

Legemiddelmarkedet er et marked med mange forskjellige konsumenter. Det kan argumenteres for at alle konsumentene har mye informasjon fordi apotek er pliktet til å fortelle om generisk bytte og at de da vil opplyse om det billigste alternativet. Selv om disse konsumentene får informasjon om lavere priser når de skal hente ut resepten, vil de ikke ha mulighet til å vurdere denne informasjonen godt før de foretar kjøpet. Det kan også være tilfeller hvor apotek ikke informerer om at det finnes rimeligere legemidler. Det kan derfor ikke konkluderes med at alle konsumenter har mye informasjon om priser på legemidler. At alle konsumentene i legemiddelmarkedet har lite informasjon vil heller ikke være tilfelle fordi det blant så mange konsumenter alltid vil være noen som er godt informert, blant annet fordi de kjøper legemidler regelmessig og derfor har god kjennskap til priser og de generiske legemidlene. I dette markedet vil tilfellene hvor alle konsumentene har lite eller mye informasjon derfor ikke være relevante.

For apotekmarkedet vil det være slik at noen konsumenter har lite informasjon fordi de sjeldent kjøper legemidler. Det vil også være slik at noen konsumenter kjøper legemidler regelmessig og er godt informert om prisene. De vil i så fall kunne ha god informasjon om priser på de legemidlene de kjøper og de generiske alternativene. Disse konsumentene vil likevel ikke nødvendigvis ha perfekt informasjon, ettersom prisene kan forandre seg over tid og det derfor vil være søkekostnader for konsumentene. Et eksempel fra datamaterialet som er brukt i utredningen er legemiddelet Zocor som på en måned gikk fra en pris på 104 kroner til 75 kroner, dette er en prosentvis forandring på nesten 30 %. Likevel kan det sies at noen konsumenter vil ha mye informasjon da prisendringene ikke alltid vil være like store som eksemplet viser. Apotekmarkedet vil derfor være preget av konsumenter som har både lite og mye informasjon.

Siden markedet er preget av at det finnes konsumenter med mye og lite informasjon, vil konkurransen i markedet bli påvirket av hvor høy andelen av hver av disse to gruppene med konsumenter er. Hvis de fleste konsumentene har mye informasjon om hvilke priser de forskjellige legemidlene har, vil et legemiddel som tar en høy pris selge mindre enn de som tar lavere priser. Da vil det i så fall være mange konsumenter som vet hvilke legemidler som er billigst og de fleste vil kjøpe disse gitt at de er åpen for å bytte til et billigere legemiddel. De legemidlene som holder en høy pris vil fortsatt kunne få salg blant annet fordi noen av konsumentene ikke har informasjon om hvem som tar lave priser. Disse konsumentene skal bli informert i apotek om billigere alternativ, men dette er ikke alltid tilfelle. Siden legemidler til høy pris vil ha mindre salg enn de billigere legemidlene, vil både original- og generiske legemidler ha incentiv til å sette lavere priser for å kapre konsumenter.

Er det omvendt slik at de fleste har lite informasjon vil høye priser på noen legemidler fortsatt kunne gi disse et bra salg, da konsumentene ikke er klar over at det finnes tilsvarende billigere legemidler. Likevekten kan da bli at noen legemidler har en høy pris og noen lav pris.

Det som er spesielt med legemidler er at mer informasjon om legemidler med lavere priser ikke nødvendigvis fører til en økning i salg av virkestoffet, da konsumenter kun kjøper så mye som de har blitt forskrevet av legen. Mer informasjon om legemidler med lavere priser vil derimot kunne føre til at det byttes til et generisk legemiddel fremfor et originallegemiddel, og dermed til en økning i salg hos den generiske produsenten, siden de generiske legemidlene som oftest er billigere enn originallegemiddelet. For å gjøre konkurransen hardere og dermed prøve å få produsentene til å senke prisene på både original- og generiske legemidler, kan det derfor iverksettes tiltak som gir konsumentene mer informasjon om forskjellige priser på legemidlene. Dette vil gjøre andelen med informerte konsumenter større og gjøre det vanskelig for produsentene å opprettholde høyere

priser. Dette vil være til fordel for generiske legemidler som vil kunne oppnå et høyere salg når flere konsumenter får vite om disse legemidlene og prisforskjellene som ofte eksisterer. Mange konsumenter har allerede en del informasjon om originallegemidler siden de har vært på markedet lengre enn generiske legemidler, og er ikke nødvendigvis klar over at det eksisterer generiske legemidler. Dette ble også bekreftet i et av de gjennomførte intervjuene.

Blir konkurransen mellom original- og generiske legemidler hardere kan dette føre til at prisen på legemidler presses nedover mot trinnprisen, og formålet og potensialet med trinnprissystemet vil i større grad realiseres. Mangelfull informasjon vil påvirke markedsstrukturen og mer informasjon om priser kan føre til hardere konkurranse, og til at generikaandelen øker. En økning i generikaandelen kan spare samfunnet for kostnader siden generiske legemidler ofte er billigere enn originallegemidler.

9.2 Byttekostnader

De byttekostnadene som er aktuelle ved bytte fra original- til generisk legemiddel er de psykologiske kostnadene og lærekostnader. Ved bytte fra original- til generisk legemiddel vil ikke transaksjons- eller kontraktskostnader eksistere.

Lærekostnader oppstår ved bytte selv om legemiddelet det byttes til har den samme virkningen. Generiske legemidler er ofte annerledes i form og farge sammenlignet med originallegemiddelet. Dette gjør at konsumentene må sette seg inn i dette. Det vil spesielt påvirke konsumenter som tar flere legemidler og er vant til at de forskjellige legemidlene har en spesiell form eller farge. En artikkel fra VG viser at 915 000 nordmenn bruker minst tre reseptbelagte medisiner daglig, og 415 000 får minst fem medisiner daglig.¹²⁵ Dette viser at det for mange konsumenter i Norge kan være en lærekostnad forbundet med bytte. At en konsument er vant til hvordan legemidlene ser ut, gjør det lettere å huske og skille mellom de ulike legemidlene hvis det brukes flere legemidler. Det vil derfor være en lærekostnad forbundet med at en konsument må sette seg inn i og huske hvordan de nye medisinene ser ut. Fra intervju med farmasøyt kom det også fram at noen konsumenter ikke vil bytte til generisk legemiddel fordi det kan være vanskeligere å dele tablettene i to. En annen av farmasøytene mente at form og farge ikke hadde så mye å si for om konsumenter byttet til et generisk legemiddel, men at konsumenter er mer skeptisk til at pakningen og navnet på legemiddelet er annerledes enn det de var vant til.

¹²⁵ www.vg.no

Psykologiske kostnader kan komme som følge av vane for å kjøpe originallegemidlet og derfor kan det være ønskelig å kjøpe det fremfor et generisk legemiddel. Dette ble også bekreftet i intervju med en farmasøyt.

Økonomien til konsumentene kan ha betydning for hvor ofte de bytter til billigere legemidler. Det vil gjerne være vanskeligere å få konsumenter med god økonomi til å bytte i forhold til konsumenter med dårligere økonomi. For konsumenter med god økonomi vil gjerne byttekostnader som har et økonomisk rasjonale ikke være en like viktig faktor å ta hensyn til ved bytte. En av farmasøytene mente at økonomi spiller større rolle enn alder angående hvilke konsumenter som bytter og ikke bytter til et generisk legemiddel.

Det at det eksisterer byttekostnader er med på å gjøre etterspørselskurven til originallegemiddelet mer uelastisk og det reduserer konkurransen mellom original- og generiske legemidler. Dette kan bety at de generiske produsentene må sette en lavere pris for å få konsumentene til å bytte til deres produkter. Byttekostnader kan føre til at færre generiske legemidler blir etablert i markedet. Konsumenter kan bli "låst" fast til originallegemiddelet som følge av byttekostnader og det må gjerne en stor prisdifferanse til for at det skal være lønnsomt for konsumentene å bytte til et generisk legemiddel. Originallegemiddelet vil derfor fortsatt kunne ha en form for markedsmakt selv om generiske legemidler har blitt etablert, og de kan derfor sette en høyere pris. Fra intervju med farmasøytene kom det frem at ved store prisdifferanser vil de fleste konsumenter bytte til generisk legemiddel. I disse tilfellene vil gjerne prisdifferansen være så stor at den mer enn dekker de byttekostnadene som konsumentene har.

Hvis det eksisterer byttekostnader vil originallegemidler kunne opprettholde en høyere pris enn generiske legemidler uten å miste salg. For originallegemidler vil problemstillingen være om de skal holde en høyere pris overfor sine nåværende kunder, eller om de skal sette prisen nærmere de generiske legemidlene og kapre nye kunder. For konsumenter som er allergiske mot hjelpestoffene i generiske legemidler vil byttekostnadene være så høye at det uansett ikke er aktuelt å bytte til et generisk legemiddel. Reduserte byttekostnader er et tiltak som kan være med på å gjøre konkurransen i legemiddelmarkedet hardere.

KAPITTEL 10 TILTAK TIL HVORDAN INFORMASJON OM PRISER KAN FORBEDRES OG BYTTEKOSTNADENE REDUSERES

Det er flere tiltak som kan iverksettes for å øke informasjonen om priser blant konsumentene. Et tiltak for å bedre informasjonen i markedet er at leger ved forskrivning av originallegemiddel alltid opplyser konsumentene om at det kan finnes generiske legemidler som er billigere og har samme virkning. For konsumentene vil dette være en pålitelig kilde, ettersom mange forventer at legene har tilstrekkelig kunnskap om de ulike legemidlene. Undersøkelser har vist at det er viktig at legen opplyser konsumentene om generiske legemidler for at de skal føle seg trygge for å bruke dette.¹²⁶ En av farmasøytene som ble intervjuet nevnte at undersøkelser viser at konsumentene har stor tiltro til apotekene, men selv mente hun at konsumentene har mest tiltro til legene. I et intervju med en annen farmasøyt ble det nevnt at det merkes på konsumentene om de har blitt informert av legen, og at dette har mye å si for om de bytter til et generisk legemiddel. Leger har stor påvirkning på konsumentenes valg, og i dag er det originallegemidler som skrives på resept av de fleste leger. Det begynner likevel å bli flere leger som skriver generiske legemidler istedenfor originallegemidler på resept. Fra intervju med en farmasøyt mente hun at grunnen til at leger som oftest skriver originallegemidler ut på resept er fordi det er disse legemidlene legene har kjennskap til og husker best, og at det derfor går raskere å skrive ut disse. Ved forskrivning av et nytt generisk legemiddel kan det være nødvendig å finne ut mer om dette legemiddelet, noe som kan være tidkrevende.

Noen konsumenter vil kun ha det legen har forskrevet, og det er derfor viktig å få leger til å skrive generiske legemidler på resept. Et annet alternativ kan være at virkestoffet alltid skrives på resept og at det billigste alternativet blir utlevert i apotek. Fra intervju med farmasøyt ble det nevnt at noen leger skriver på resepten at bytte kan foretas, og i slike tilfeller vil apotekenes argumenter være styrket når konsumentene er skeptiske. En av farmasøytene opplyste også at de har sett tilfeller hvor leger bevisst skriver "ikke bytte" på alle resepter, selv om dette ikke er tillatt. Enkelte leger er skeptiske til bytte fordi de har hatt pasienter som har fått uheldige bivirkninger av å bruke generiske legemidler. I tillegg har Legeforeningen vært skeptisk til generiske legemidler, og dette påvirker legene. Legeforeningen har imidlertid blitt mer liberal på dette området. En ansatt i Legemiddelindustriforeningen som ble intervjuet ga også uttrykk for at de kunne være litt skeptiske til generisk bytte fordi de var bekymret for at pasientenes og legenes rett til å nekte å akseptere bytte i praksis ble redusert. Her ble det nevnt at ikke alle pasienter bør bytte, og særlig eldre pasienter som bruker mange legemidler og har problemer med å holde oversikt over sine medisiner. Det var viktig å ha i tankene at generisk bytte kan føre til feilmedisinering.

¹²⁶ www.legemiddelverket.no

I forbindelse med elektronisk resept, eResept, er programmet FEST (forskrivnings- og ekspedisjonsstøtte) utviklet. FEST er en database som inneholder alle varer som skrives på resept i Norge. Dette kan være både legemidler, medisinsk utstyr og næringsmidler til medisinsk bruk.¹²⁷ Dette vil gjøre det lettere for leger å få tilgang til informasjon om priser og generiske legemidler, noe som igjen kan føre til at flere leger opplyser pasientene sine om generiske legemidler og prisforskjeller. Et problem er at leger ofte har dårlig tid til hver pasient, og å informere om generiske legemidler blir derfor ikke prioritert. Fra intervju med farmasøyt kom det frem at ikke alle leger informerer om generiske legemidler fordi de vet at apotekene gjør det. Leger tenker ikke alltid over at de er en viktig og pålitelig kilde for konsumentene. En av farmasøytene mente at leger ikke har tid til å informere om generiske legemidler, og at de ikke gjør en god jobb på dette området.

Statens Legemiddelverk opplyser på sine sider om byttbare legemidler og at dette er trygt. De har også laget en brosjyre om dette. Statens Legemiddelverk gjennomførte i februar og mars 2009 en informasjonskampanje om "Trygt medisinbytte i apotek" for å gjøre flere konsumenter oppmerksom på at ordningen med å bytte til generisk legemiddel er trygt. Kampanjen omfattet å reklamere for trygt bytte av legemidler i apotek og på venteværelset til legen, brosjyrer som fastleger kunne gi til sine pasienter og brosjyrer som de ansatte i apotek kunne dele ut sammen med legemidlene. Fra intervju med en farmasøyt ble det nevnt at slike informasjonskampanjer som kommer fra en nøytral part er svært viktige. Brosjyrer med informasjon om generiske legemidler og bytte av legemidler fra de enkelte apotekene kan ifølge en av farmasøytene bli oppfattet av konsumentene som noe apotekene gjør kun fordi de selv tjener penger på at konsumentene bytter til et generisk legemiddel. Vitusapotek og Apotek 1 hadde i perioden denne utredningen ble skrevet egne brosjyrer med informasjon om generiske legemidler og trygt bytte. En av farmasøytene som ble intervjuet var av den oppfatning at det ikke spiller noen rolle om informasjonsbrosjyrer om generiske legemidler kommer fra en nøytral part som Statens Legemiddelverk eller fra apoteket selv, fordi folk flest ikke vet hva Statens Legemiddelverk er.

Et annet tiltak for å gjøre pasienter mer informert om generiske legemidler er å henge opp plakater på legekantorene hvor de informerer om at generiske legemidler er likeverdige med originallegemidlene. Slik informasjon vil for de fleste oppfattes som pålitelig ettersom informasjonen kommer fra et legekantor. Enkelte kontorer har allerede slik informasjon tilgjengelig, men dersom flere kontorer innfører dette ville resultatet blitt bedre informerte konsumenter.

¹²⁷ www.legemiddelverket.no

Ettersom det ikke kan markedsføres for reseptpliktige legemidler overfor pasienter, kan ikke Statens Legemiddelverk føre en kampanje som viser prisforskjeller. Det kan likevel tenkes at en kampanje som fokuserer på forskjellige eksempler hvor det vises hvor mye som kan spares på å bytte til et generisk legemiddel kan være virksom. Problemet er at legemiddelet da må anonymiseres siden det ikke er lov å markedsføre overfor pasienter, og prisforskjeller kan være veldig varierende blant legemidlene, noe som kan være villedende reklame. Dette fordi en reklame som viser at det kan spares mye på å bytte til et generisk legemiddel, vil være villedende ettersom det ikke kan spares like mye ved bytte til alle typer generiske legemidler. Prisforskjeller mellom generiske legemidler og originallegemidler kan variere fra for eksempel 800 kroner til kun noen kroners forskjell.

Det kom frem i intervju med en farmasøyt at oppslag i media om at apotekene tjener på at konsumentene bytter til generisk legemiddel og at apotekene har høye avanser fører til misnøye blant konsumentene, noe som merkes hos de ansatte i apoteket. Noe annet som også kom frem er at enkelte konsumenter tror at apotekene spør om bytte til generisk legemiddel kun fordi de tjener på det, og at det er apotekene som har funnet på ideen om å spørre om bytte til generisk legemiddel. Ikke alle konsumenter er klar over at apotek er lovpålagt å informere om generiske legemidler. Media bør fokusere på å informere konsumentene om det som er positivt med generiske legemidler, fremfor å lage oppslag som fokuserer på at apotekene kun er opptatt av å tjene penger på å selge mer generiske legemidler. Dette vil gjerne ikke være i medias interesse fordi informasjon om generiske legemidler ikke tiltrekker seg like mye oppmerksomhet som negative oppslag om hvor grådige apotekene er.

I Norge er generisk bytte relativt nytt sammenlignet med andre land. En av farmasøytene forteller at det aldri pleier å være noe problem for utenlandske konsumenter å bytte til generisk legemiddel fordi det er så vanlig i landet de kommer fra. Norske konsumenter er mer skeptiske til bytte og enkelte konsumenter forstår ikke at de generiske legemidlene har lik virkning som originallegemidlet for de aller fleste. Mer informasjon ut til konsumentene er viktig for å få til en økning i salget av generiske legemidler. Et tiltak for å få til dette er at apotekene skriver "Generisk legemiddel tilgjengelig" på lappene med bruksveiledning som de klister på pakningene til originallegemidler. Det er da lettere for konsumentene å bli oppmerksom på at generiske alternativ finnes, og økt oppmerksomhet rundt dette kan føre til at flere bytter til generiske legemidler.

En internettbasert oversikt over priser på legemidler og byttbare legemidler kan føre til at flere bytter til generiske legemidler. I dag finnes Felleskatalogen på internett som inneholder informasjon om alle legemidler i Norge og prisene. Et tiltak som bør iverksettes er å gjøre flere konsumenter

bevisste på at Felleskatalogen eksisterer, slik at andelen av konsumenter med mye informasjon blir høyere. Problemet med Felleskatalogen er at den ikke er spesielt oversiktlig og at det kan være vanskelig å finne prisene. En forbedring kunne vært å vise prisen på originallegemiddelet og alle de generiske legemidlene, og prisforskjeller mellom original- og de generiske legemidlene. En nettbasert oversikt over priser på legemidler bør være lett tilgjengelig. Et forslag er å ha en link til en prisoversikt på nettsider som mange konsumenter er innom, for eksempel vg.no. På nettsiden til Statens Legemiddelverk finnes det i dag en søkbar database som inneholder en oversikt over hvilke legemidler som til enhver tid kan byttes. Den inneholder informasjon blant annet om maksimal AUP, men denne informasjonen er ikke lett å søke fram, og den er heller ikke så interessant for konsumentene. Det de fleste konsumenter er interessert i å finne informasjon om er hvilke priser de ulike legemidlene faktisk har og hvor stor forskjell det er mellom original- og generiske legemidler. Et problem med en nettbasert oversikt over legemidler og priser er at mange av apotekene sine konsumenter er eldre mennesker som ikke benytter seg av internett, men for fremtidige generasjoner vil en nettbasert oversikt kunne være positivt.

Samfunnsmessig sett kan det spares penger hvis en økning av informasjon om generiske legemidler rettet til konsumentene blir gjennomført. Oppslag i aviser, brosjyrer og reklame i medier som tv og radio vil være effektive måter å øke informasjonen om generiske legemidler på. I slike informasjonskampanjer vil det være viktig å få frem at generiske legemidler har samme medisinske virkning som originallegemiddelet, i tillegg til at det kan være prisforskjeller. Apotekene kunne da brukt mindre tid på å informere konsumentene om generiske legemidler. Slik det er nå må apotekene ha et ekstra incentiv for å informere om generiske legemidler fordi det tar tid, og tid er penger. En av farmasøytene nevnte at det er mer sjeldent at de informerer konsumentene om generiske legemidler hvis prisforskjellen bare er noen kroner, for da er det uansett liten sannsynlighet for at konsumentene vil bytte til et generisk legemiddel. Ifølge de tre farmasøytene som ble intervjuet bruker de i apotek den tiden de trenger til å informere konsumentene om generiske legemidler og å veilede om bruk. At apotekene har høyere avanse på reseptfrie varer påvirker ikke den tiden de bruker på å informere konsumentene om reseptpliktige legemidler. Fra intervjuer med personer i legemiddelmarkedet har det blitt nevnt at apotekene selv har et incentiv for å prøve å få konsumentene til å bytte til generiske legemidler, og at dette gjerne er grunnen til at de tar seg den tiden som trengs for å informere om generiske legemidler, selv om det kan være mer å tjene på reseptfrie legemidler.

Siden samfunnet kan spare mye penger på at flere konsumenter bytter til generiske legemidler burde staten ta på seg rollen som ansvarlig for å øke informasjonen blant konsumentene. Mangelfull

informasjon kan føre til at færre bytter til billigere legemidler. Hvis flere konsumenter hadde mer informasjon om priser og at den medisinske virkningen er lik, kunne det ført til en økning i salg av legemidler som selges til trinnpris. Besparelsene for samfunnet ville økt og trinnprismodellen sitt potensial ville i større grad vært oppfylt. Økt informasjon blant konsumentene om priser på legemidler vil kunne føre til en hardere konkurranse mellom original- og generiske legemidler, og også mellom de generiske legemidlene, og prisene kan presses nedover mot trinnprisen som er satt. En ansatt hos et firma av generiske legemidler var av den oppfatning at staten ikke gjorde mye for å informere, men at det var de som leverandører i samarbeid med apotekene som måtte ta på seg den jobben. Dette kan tyde på at staten har en stor jobb foran seg når det gjelder å informere konsumenter om generiske legemidler.

For å redusere byttekostnadene vil nok det viktigste tiltaket være å få generiske legemidler til å bli mer lik i form og farge som originallegemidlene. Størrelsene på pakningene burde også være mer like slik at prissammenligning blir lettere. Det kan være vanskelig å sammenligne pris på to pakninger dersom den ene inneholder 30 tabletter mens den andre bare inneholder 28. Fra intervjuer med farmasøytene kom det frem at mange konsumenter, spesielt de som bruker flere legemidler, er skeptiske til å bytte til generiske legemidler fordi form og farge er annerledes enn det de er vant til. Dette gjør det vanskeligere for konsumentene å huske hvilke og hvor mange tabletter de skal ta. Hvis generiske og originallegemidler hadde vært helt like i utseendet kan det nok tenkes at flere konsumenter ville byttet til generiske legemidler, fordi byttekostnadene ville vært lavere.

DEL 6: KONKLUSJON OG FORSLAG TIL VIDERE FORSKNING

KAPITTEL 11 TOTALVURDERING OG KONKLUSJON

Denne utredningen har hatt som mål å analysere hvorvidt trinnprissystemet har hatt ønsket virkning, altså om prisene er blitt lavere på legemidler innenfor virkestoff som er inkludert i trinnprissystemet. Innenfor hvert virkestoff vil det alltid tilbys ett legemiddel til trinnpris, men denne utredningen har fokusert på om trinnprissystemet har ført til reduserte priser generelt for et virkestoff, og ikke for hvert enkelt legemiddel. Det vil si om generiske, original- og parallellimporterte legemidler samlet sett innenfor et virkestoff har gått ned i pris. I utredningen er det gjennomført regresjonsanalyser for å se hvordan prisene på legemidler har forandret seg etter inklusjon i trinnprissystemet. Analysene viser at det er potensial for forbedringer for å sikre at trinnprissystemet i større grad virker til sin hensikt. Utredningen har derfor fokusert på at konkurransen mellom legemiddelprodusentene må bli hardere for å få lavere priser på legemidler, og at lavere priser fra produsentene må komme konsumentene til gode. Tiltak for at konkurransen skal bli hardere er blant annet å styrke Porters fem krefter, øke informasjonen om priser på legemidler hos konsumentene og redusere byttekostnader som konsumentene kan ha. Dette vil også kunne bidra til å øke generikaandelen. Det er altså flere tiltak som kan iverksettes for å spare samfunnet for legemiddelkostnader.

Noe som er fokusert på i utredningen er hvordan prisene på legemidler kan reduseres. Her ble det drøftet at konkurransen må gjøres hardere for å oppnå dette, men det finnes også andre måter å presse prisen på legemidler ned. Maksimal innkjøpspris til apotek (AIP) baserer seg på internasjonal referanseprising der det blir tatt utgangspunkt i originallegemidlets pris i referanselandene. Etter patentutløp vil gjerne gjennomsnittsprisen på virkestoffet være lavere enn prisen på originallegemidlene ettersom rimeligere generiske legemidler er etablert i markedet. Dersom prisen på virkestoffet hadde vært utgangspunktet for internasjonal referanseprising kunne resultatet blitt lavere maksimal AIP som igjen hadde resultert i lavere priser ut mot konsumentene. Dette kan på den annen side være mer tidkrevende enn å ta utgangspunkt i prisen på originallegemiddelet, og dette må veies opp mot fordelene med lavere AIP.

Lavere AIP vil resultere i lavere avanse for apotekene ettersom avansepåslaget består av en prosentsats. Fører redusert AIP til at de integrerte kjedene presser prisen fra leverandørene ytterligere ned, eller vil grossistens avanse reduseres ettersom de får solgt legemidlene videre til en lavere pris? Et oppslag i Aftenposten 18. mars 2009 viser at legemiddelprodusentenes pris er lav på

generiske legemidler på grunn av at de integrerte kjedene har stor forhandlingsmakt overfor leverandører av generiske legemidler. Det er derfor en øvre grense for hvor høy pris leverandørene kan forlange. Uavhengig av hvem som får redusert fortjeneste vil lavere AIP resultere i lavere AUP med dagens prisregulering. Tabellen under viser hvor stor avanse grossistene og de integrerte apotekene har på generiske legemidler i forhold til originallegemidler.

Figur 11.1 Gjennomsnittlig pris og avanse på generiske og originallegemidler

Gjennomsnittlig pris og avanse. Kopilegemidler på trinnprislisen

	Innkjøpspris til grossist*	Utsalgspris fra apotek*	Avanse i prosent (grossist + apotek)
2005	56 kr	219 kr	290 %
2006	31 kr	205 kr	564 %
2007	30 kr	151 kr	411 %

Gjennomsnittlig pris og avanse. Originallegemidler på trinnprislisen

	Innkjøpspris til grossist*	Utsalgspris fra apotek*	Avanse i prosent (grossist + apotek)
2005	189 kr	337 kr	78 %
2006	137 kr	274 kr	100 %
2007	122 kr	214 kr	76 %

* Priser uten merverdiavgift

Kilde: www.aftenposten.no

Det var apotekkjedene som foreslo trinnprissystemet. Dette systemet øker kjedenes forhandlingsmakt overfor produsentene fordi produsenter som har høye priser vil oppleve at deres produkter blir byttet ut hos apoteket. Grossistene kan dermed forhandle ned prisene fra leverandør, men ettersom grossistenes avanse ikke er regulert er det ikke sikkert at denne rabatten kommer konsumentene til gode i form av lavere AUP. For å sikre at lavere priser på legemidler som grossister kjøper skal komme konsumentene til gode kan grossistenes avanse ved videresalg til apotek reguleres slik at det unngås at grossistene får en urimelig høy avanse.

Legemiddelprodusentene opererer i et oligopolistisk marked hvor muligheten for langsiktig lønnsomhet vil være tilstede. Markedet består av tre store grossister og ettersom det er avgjørende å få innpass hos en av de tre store, vil dette føre til at prisene fra produsentene presses ned. Samfunnsøkonomisk sett kan dette være bra ettersom det bidrar til at produsentene må produsere kostnadseffektivt. Det som er problemet er at lave grossistpriser ikke nødvendigvis kommer

konsumentene til gode ettersom grossistenes avanse ikke er regulert. Det er viktig å huske på at legemiddelprisene i Norge er lave i forhold til andre europeiske land, men dersom det er urimelig høy avanse i noen av leddene i verdikjeden, kunne legemiddelutgiftene vært enda lavere. Staten står i dag for størsteparten av utgiftene til legemidler, og reduserte utgifter på dette området ville frigjort ressurser til andre formål.

Fra telefonintervju med en av de største produsentene av generiske legemidler kom det fram at trinnprissystemet ga produsentene stor risiko, og at denne risikoen kan true systemet. Risikoen går ut på at dersom produsentene får problemer med leveransen, kan de risikere å måtte erstatte differansen mellom grossistenes innkjøpspris og AIP, en prisdifferanse som kan være meget stor. Ifølge produsenten kan det ta 1,5 år før de tjener inn igjen det de må erstatte dersom leveransen er noen uker forsinket. Denne legemiddelprodusenten har 20 fabrikker rundt om i verden, så logistikk er en utfordring og sannsynligheten for å ikke levere er tilstede. Han tror denne risikoen er en utilsiktet konsekvens, men mener myndighetene ikke viser vilje til å endre på dette og han har selv påpekt dette problemet overfor myndighetene flere ganger. Dersom en slik risiko eksisterer vil dette kunne true systemet. Fra telefonintervjuet kom det fram at han har sett ett tilfelle der ingen kunne levere et gitt legemiddel til trinnpris på grunn av at trinnprisen ble for lav. Dette er en uheldig konsekvens, og viser at prisen bør kunne settes skjønnsmessig i de tilfeller hvor trinnprisen blir så lav at ingen produsenter kan levere med lønnsomhet. Et eksempel fra datamaterialet som er brukt i denne utredningen er Diklofenak 30 pakning med 25 milligram. Den hadde i 2005 en trinnpris på 29,20 kroner. Ved å regne seg bakover, og bruke de maksimale avansesatsene, fremkommer det at apotekenes innkjøpspris var på 1,72 kroner med datidens avansesatser i apotek. 1,72 kroner skal da dekke alle utgifter grossist og produsent har til sammen for produksjon og distribusjon av denne pakningen, noe som er urealistisk. Videre kom det fram i intervjuet at den generiske produsenten var av den oppfatning at grossistene ikke har noen risiko forbundet med trinnprissystemet, og at de derfor ikke hadde noe problem med å foreslå dette systemet for myndighetene.

Gjennom arbeidet med utredningen har vi vært i kontakt med flere personer i apotek og andre i tilknytting til apoteknæringen. De har vært svært fokusert på at det ikke er høy avanse ved å drive apotek, og at det å drive med ekspedering av resepter går så vidt rundt på grunn av små avansepåslag. Apotekenes øvre avansesats er nå 7 % av innkjøpspris for varer til under 200 kroner og 4 % for varer over 200 kroner i tillegg til et kronetillegg. Dette blir ikke nødvendigvis høye summer målt i kroner og derfor må apotekene også fokusere på reseptfrie varer og handelsvarer hvor fortjenesten er høyere. Blir de integrerte kjedene sett på under ett, er imidlertid situasjonen en annen. Avansepåslaget til grossistene er ikke regulert, så derfor er det mulig for kjedene å ta ut

avansen her. Når myndighetene ser på lønnsomheten til de integrerte kjedene og ser at profitten er høy, kan dette føre til at de reduserer avansesatsene. Kjedeapotek som ofte er egne resultatenheter vil da få svekket lønnsomhet, men situasjonen er verre for selvstendige apotek som ikke er integrert med grossist. Reduserte avansesatser vil på den måten "straffe" de selvstendige apotekene og redusere mulighetene de har for å drive lønnsomt. Resultatet kan da bli at apotekmarkedet på sikt kun blir betjent av de integrerte kjedene. Dersom kjedene driver mer effektivt enn de selvstendige apotekene vil ikke dette nødvendigvis være et tap for samfunnet, men dersom det er et ønske at de selvstendige apotekene skal overleve, kan dette få negative konsekvenser.

Det er flere grunner til at legemiddelprisene må reguleres. Uten regulering kunne prisene blitt urimelig høye, og resultatet kunne blitt at kun de velstående hadde hatt råd til å bruke legemidler. Dette er selvfølgelig svært uheldig og ikke ønskelig for samfunnet. Regulering av legemiddelprisene og tredjepartsfinansiering bidrar derfor til at effektivitetstapet i markedet reduseres.

Å styrke Porters fem krefter vil kunne føre til hardere konkurranse blant produsentene. Faren for nyetableringer er nok den kraften som er viktigst å gjøre sterk for at flere generiske aktører skal etablere seg. Det er derfor viktig å gjøre etableringsbarrierene lavere. Patenttiden kan kortes ned eller elimineres ved at staten tar på seg kostnadene ved FoU. På den måten unngås det at originallegemiddelet opparbeider seg et sterkt merkenavn under patenttiden og generiske aktører kan komme fort inn på markedet. Dette vil på den annen side redusere incentivene til å drive FoU, noe som kan ha svært uheldige konsekvenser. Det bør også være vanskeligere for originallegemidler å saksøke generiske aktører som prøver å komme inn på markedet. Det bør unngås at originallegemiddelet skal kunne tjene på å saksøke fordi generiske produsenter må utsette inntreden i markedet i frykt for å etablere seg i patentperioden.

Nye ubetydelige endringer hos legemiddelet når patentet går mot utløp for å forlenge patentperioden bør bli vanskeligere å gjennomføre. Når originalprodusentene utfører nye tester på originallegemiddelet for å forlenge patentperioden, bør det stilles strengere krav til at resultatene fra disse testene fører til noe nytt som har betydning for konsumentene og at det ikke er noe som gjøres for å forlenge patentperioden.

Andelen av generiske legemidler som selges i Norge er lav i forhold til andre nordiske land. Saksbehandlingstiden for markedsføringstillatelser bør kortes ned for å sikre at generiske legemidler kommer fort inn på markedet. En undersøkelse for 2007 viser at nesten ingen søknader blir behandlet innenfor tidsfristen på 30 dager, og at gjennomsnittet for saksbehandlingstiden var over

tre måneder. Konsekvensen av en så lang saksbehandlingstid er at de generiske legemidlene kommer sent inn på markedet og dermed får virkestoffene trinnpris senere enn nødvendig. Riksrevisjonen har gjort beregninger som viser at umiddelbart opptak i trinnprissystemet ville redusert legemiddelutgiftene med minimum 44 millioner kroner fra 2005 til 2007.¹²⁸ Det er altså store besparelser involvert ved å redusere saksbehandlingstiden.

Et annet tiltak er å øke konsumentenes informasjon om priser på legemidler. Økt informasjon blant konsumentene vil kunne føre til at flere bytter, noe som kan resultere i hardere konkurranse i legemiddelmarkedet, lavere priser og høyere generikaandel. Dette vil bidra til at potensialet i trinnprissystemet i større grad realiseres. Staten har en stor jobb å gjøre for å øke informasjonen om generiske legemidler.

Tiltak for å få legene til å skrive mer generiske legemidler på resept kan føre til stor kostnadsbesparelse. Legene er en viktig informasjonskilde for å øke bruken av generiske legemidler. Et alternativ er at legene alltid skriver virkestoffet på resepten, og ikke legemiddelnavnet. Dersom de hadde gjort dette selv når legemiddelet hadde patent ville problemet med at de lettere husker navnet på originallegemidlet blitt borte. Under medisinstudiet brukes også navnet på virkestoffet når det snakkes om legemidler så det skulle ikke vært et stort problem for legene å fortsette med dette.

I spørreundersøkelsen blant legene var det seks respondenter, det er derfor ikke utført statistiske analyser av resultatene fra spørreundersøkelsen siden antallet respondenter er for lavt. Det er ingen av spørsmålene som gir entydige svar, og respondentenes meninger om generiske legemidler er varierende. Fire av legene er positive til generisk bytte, mens to er likegyldige. Likevel er det bare en lege som skriver generisk legemiddel ofte på resept. En grunn til at legene som gjennomførte spørreundersøkelsen ikke så ofte skriver generiske legemidler på resept kan være fordi de har en del pasienter som er reservert mot bytte. Fra spørreundersøkelsen er det varierende om legene informerer pasientene om generiske legemidler. Fire av legene mener at dette er apotekenes jobb. Blant legene er det fire som mener at de har stor påvirkning på pasienters valg mellom originallegemiddel og generisk legemiddel. Dette er et tegn på at leger er klar over at de har stor påvirkning på pasienters valg. Det kom også frem at fire av legene føler at legemiddelprodusentene prøver å påvirke deres utskrivningspraksis ved å bruke mye markedsføringsressurser på dem. En respondent mener at leger bør være glad for at legemiddelprodusentene bruker ressurser på å

¹²⁸ Riksrevisjonen 2009

markedsføre sine legemidler fordi staten ikke gjør en bra nok jobb med å informere leger, men at de må være kritisk til informasjonen de får fra produsentene.

Siden legene ikke skriver generiske legemidler ofte på resept tyder det på at mer kan gjøres for å få de til å gjøre dette. Et tiltak som er foreslått for å øke andelen av generiske legemidler er at legene alltid skriver virkestoffet på resept, og ikke legemiddelnavnet. Legenes holdning til dette ble undersøkt i spørreundersøkelsen, og resultatet var sprikende. Fire av seks leger stiller seg positive til dette, mens to er negative. Dette kan være et tegn på at det eksisterer motvilje mot forandring blant leger. Fire av legene mener at økt informasjon blant legene om generiske legemidler vil føre til at flere skriver generiske legemidler på resept. En økning i informasjon om generiske legemidler hos legene vil derfor kunne være med på å øke generikaandelen.

Når patentet utløper og de generiske legemidlene etablerer seg i markedet øker konkurransen. Fra analysedelen hvor alle virkestoffene er analysert samlet kan det sees at det ikke er signifikante forskjeller i AUP per milligram mellom generiske, original- og parallellimporterte legemidler. Dette kan tyde på at konkurransen etter patentutløp er hard og at det ikke er mulig å sette en høyere pris uten å tape kunder. Videre viser analysene at AUP per milligram i flere tilfeller reduseres etter inklusjon i trinnprissystemet, noe som viser at prisene kan være nærmere marginalkostnadene enn det de tidligere var. Dette betyr at markedsmakten reduseres. Antall bedrifter påvirker også markedsmakten, og etter patentutløp øker dette antallet noe som også betyr at markedsmakten reduseres etter patentutløp.

Analysene som er gjort tyder på at billige parallellimporterte legemidler ikke kommer konsumentene til gode, men blir igjen hos grossistene i form av økning i avansen. Dette blir også bekreftet ved at AUP på parallellimporterte og originallegemidler er svært like. Grunnen til at legemidler importeres er fordi prisene er rimeligere enn det de er i Norge. I de tilfeller hvor det importeres vil ikke lavere pris fra produsenten komme konsumentene til gode, og dette problemet kan unngås dersom grossistenes avanse ved videresalg til apotek blir regulert.

Fra analysene vises det at generiske legemidler stort sett har lavere pris enn originallegemidler. Dette kan tyde på at de generiske legemidlene må prises under originallegemidlene for å bli foretrukket av konsumentene. Grunnen til dette kan være at originallegemidlet har opparbeidet seg et merkenavn under patenttiden og dermed har lojale kunder som ikke ønsker å bytte til et rimeligere legemiddel. Det kan også tenkes at originallegemidlene prises høyere fordi at det finnes konsumenter som av

medisinske grunner ikke kan bytte til et annet legemiddel og at de derfor alltid vil ha noe etterspørsel som gir produsentene av originallegemidler mulighet til å sette en høyere pris.

Fra regresjonsanalysene er det varierende om inklusjon i trinnprissystemet fører til lavere priser på legemidler. De analysene hvor inklusjon i trinnprissystemet ikke påvirker prisene på legemidler viser at det er potensial for å gjøre tiltak for å senke prisene på legemidler, noe som vil komme samfunnet til gode. For å få ned samfunnets utgifter til legemidler er det viktig å øke generikaandelen, ettersom de som oftest er billigere enn originallegemidler. Dette kan blant annet oppnås ved økt informasjon til konsumentene, reduserte byttekostnader og regulering av grossistenes avanse slik at lave produsentpriser kommer kjøperne av legemidler til gode. Disse tiltakene vil øke andelen av generiske legemidler, noe som igjen kan påvirke konkurransen til å bli hardere og en konsekvens av dette kan bli reduserte priser og lavere utgifter til folketrygden og konsumentene.

KAPITTEL 12 FORSLAG TIL VIDERE FORSKNING

Gitt tidsrommet for denne masterutredningen har det vært nødvendig å gjøre begrensninger, noe som gir mulighet for videre forskning. En av de største begrensningene er størrelsen på datamaterialet. Her er det tatt utgangspunkt i ti virkestoff for å gjøre det håndterbart å jobbe med gitt den tidsperioden utredningen er skrevet i. For videre forskning kan datamaterialet utvides til flere virkestoff for deretter å gjennomføre de samme analysene som er gjort her. Det hadde vært spennende å se om resultatene fra disse analysene ville vært annerledes enn de som fremkommer i denne utredningen.

I utredningen diskuteres det at legers handlinger er viktige for å få flere konsumenter til å bytte til generiske legemidler. Det ble gjort forsøk på å foreta en spørreundersøkelse blant leger som kunne blitt brukt til statistiske analyser, men det viste seg å være vanskelig å få nok respondenter. Det er imidlertid mulig å få tak i e-mail adressene gjennom et panel av leger som er utvalgt til å svare på slike undersøkelser, men dessverre er det en høy kostnad forbundet med å få tilgang til disse. Det ble likevel gjennomført en spørreundersøkelse blant de få legene som vi fikk tak i og som var villige til å delta. Undersøkelsen handler om legenes utskrivningspraksis og hvorvidt de informerer pasienter om generiske legemidler. Antall respondenter var ikke høyt nok til å foreta statistiske analyser av resultatene fra spørreundersøkelsen. For videre forskning hadde det derfor vært interessant hvis det ble foretatt en spørreundersøkelse blant flere leger slik at resultatet kunne blitt brukt til statistiske analyser. Det hadde vært interessant å se hvor mange leger som skriver generisk legemiddel på resept og om legene som gjør dette som oftest er i samme alder eller av samme kjønn.

Videre hadde det vært interessant å undersøke om apotekene er like flinke til å informere om generiske legemidler som de gjerne selv mener at de er. Her kunne det vært aktuelt å levere inn resepter for deretter å se om kunden blir informert om generiske alternativer. Vi har selv opplevd å ikke bli informert om generiske legemidler, selv om dette er pålagt. En annen gang vi prøvde å heve en resept utgav vi oss for å være skeptiske til generiske legemidler, men ble ikke tilbudt en informasjonsbrosjyre som det aktuelle apoteket hadde tilgjengelig og som skulle brukes mot skeptiske kunder. Høye bytteandeler indikerer imidlertid at mange apotek er flinke til å informere om bytte, men å få bekreftet hvor stor andel som ikke blir informert hadde vært interessant. Apotekene er en svært viktig informasjonskilde for konsumentene, og dersom konsumentene ikke mottar nødvendig informasjon er dette med på å holde andelen av generiske legemidler som selges nede. En slik undersøkelse overlates til videre forskning.

KAPITTEL 13 APPENDIKS

13.1 Sortering av datamaterialet

I datamaterialet vi mottok fra Apotekforeningen var både original-, generiske og parallellimporterte legemidler samlet i ett regneark og sortert etter måned og år. Datamaterialet måtte derfor deles inn i de ulike typene av legemidler for å kunne brukes i analysene som er utført i denne utredningen. Måten det ble skilt mellom original-, generiske og parallellimporterte legemidler var ved å se på navnene til legemidlene. Generiske legemidler sitt navn er lik navnet til virkestoffet etterfulgt av produsenten sitt navn. Originallegemidler har et merkenavn som ikke er lik navnet på virkestoffet og det er heller ikke etterfulgt av produsenten sitt navn. Parallellimporterte legemidler ble gjenkjent ved at navnet deres er lik originallegemiddelet sitt navn etterfulgt av produsentens navn.

Månedene før og etter inklusjon i trinnprissystemet var ikke nummerert i stigende rekkefølge fra 1-6 før inklusjon og 1-12 etter inklusjon. Måten det ble funnet ut hvilke måneder som var før inklusjon og etter inklusjon i trinnprissystemet var ved å ta utgangspunkt i månedene til originallegemiddelet. Antall måneder hos originallegemiddelet summerer seg alltid til 18 måneder i datamaterialet, slik at det alltid er seks måneder før inklusjon og tolv måneder etter. Dette er ikke alltid tilfelle hos de generiske og parallellimporterte legemidlene. For å skille mellom før og etter inklusjon i trinnprissystemet ble det derfor tatt utgangspunkt i de seks første månedene som var oppgitt for originallegemiddelet, og disse er de seks månedene før inklusjon. De resterende tolv månedene er etter inklusjon. For å finne skillet mellom før og etter inklusjon for de generiske og parallellimporterte legemidlene brukte vi tallene på månedene som skilte før og etter inklusjon for originallegemiddelet. Det er noen tilfeller hvor det ikke er nøyaktig seks måneder før og tolv måneder etter inklusjon for de generiske og parallellimporterte legemidlene, men dette var ikke et problem ved gjennomføring av analysene.

13.2 Informasjon om virkestoffene

13.2.1 Ceterizin

Ceterizin blir brukt til å behandle allergisymptomer. Det hjelper mot snufsing, kløende øyner og rennende nese som følge av allergi. Ceterizin blir også brukt til å behandle utslett.¹²⁹

Tabell 13.1 Regresjonsanalyse Ceterizin

Original før mot original etter inklusjon	Koeffisient	P-verdi	Justert forklaringsgrad	ANOVA P-verdi
Konstantledd	0,312	0,000	67,90 %	0,000
Kvantum	-0,00115	0,000		
Etter	0,0296	0,007		

Generisk før mot generisk etter inklusjon	Koeffisient	P-verdi	Justert forklaringsgrad	ANOVA P-verdi
Konstantledd	0,251	0,000	24,00 %	0,000
Kvantum	-0,00436	0,000		
Etter	-0,0321	0,000		

Parallellimportert før mot parallellimportert etter inklusjon	Koeffisient	P-verdi	Justert forklaringsgrad	ANOVA P-verdi
Konstantledd	0,345	0,000	79,80 %	0,000
Kvantum	-0,000816	0,000		
Etter	0,0183	0,003		

Generisk før mot original før inklusjon	Koeffisient	P-verdi	Justert forklaringsgrad	ANOVA P-verdi
Konstantledd	0,273	0,000	37,50 %	0,000
Kvantum	-0,000769	0,000		
Original	0,0138	0,198		

Generisk etter mot original etter inklusjon	Koeffisient	P-verdi	Justert forklaringsgrad	ANOVA P-verdi
Konstantledd	0,220	0,000	39,10 %	0,000
Kvantum	-0,000446	0,000		
Original	0,0748	0,000		

¹²⁹ www.emedtv.com

Generisk før mot parallellimportert før inklusjon	Koeffisient	P-verdi	Justert forklaringsgrad	ANOVA P-verdi
Konstantledd	0,273	0,000	55,20 %	0,000
Kvantum	-0,000757	0,000		
Parallellimportert	0,0683	0,000		

Generisk etter mot parallellimportert etter inklusjon	Koeffisient	P-verdi	Justert forklaringsgrad	ANOVA P-verdi
Konstantledd	0,214	0,000	54,40 %	0,000
Kvantum	-0,000353	0,000		
Parallellimportert	0,12	0,000		

Parallellimportert før mot original før inklusjon	Koeffisient	P-verdi	Justert forklaringsgrad	ANOVA P-verdi
Konstantledd	0,344	0,000	87,10 %	0,000
Kvantum	-0,000805	0,000		
Original	-0,0548	0,000		

Parallellimportert etter mot original etter inklusjon	Koeffisient	P-verdi	Justert forklaringsgrad	ANOVA P-verdi
Konstantledd	0,38311	0,000	71,70 %	0,000
Kvantum	-0,0011198	0,000		
Original	-0,043634	0,000		

Tabell 13.2 Herfindahl-Hirschman Index

Ceterizin	NOK totalt	Andel av totalt marked	HHI
Original:			
Zyrtec	15701326	29,3 %	858,49
Generisk:			
Ceterizin Acura	124971	0,2 %	0,04
Ceterizin Actavis	12004856	22,4 %	501,76
Ceterizin Gea	7994559	14,9 %	222,01
Ceterizin Nmpharma	15111247	28,2 %	795,24
Ceterizin Ratiopharm	2646528	4,9 %	24,01
Parallellimportert:			
Zyrtec Farmagon	6124	0 %	0
Zyrtec Paranova	263	0 %	0
Sum totalt	53589873		2401,55

13.2.2 Quetiapin

Quetiapin behandler symptomene av humørsvingninger og schizofreni ved å blokkere eller redusere effekten av dopamin og serotonin i hjernen.¹³⁰

Tabell 13.3 Regresjonsanalyse Quetiapin

Original før mot original etter inklusjon	Koeffisient	P-verdi	Justert forklaringsgrad	ANOVA P-verdi
Konstantledd	0,208	0,000	76,90 %	0,000
Milligram	-0,000428	0,000		
Kvantum	-0,000091	0,192		
Etter	-0,00517	0,315		

Generisk før mot generisk etter inklusjon	Koeffisient	P-verdi	Justert forklaringsgrad	ANOVA P-verdi
Konstantledd	0,156	0,000	68,00 %	0,000
Milligram	-0,000252	0,000		
Etter	-0,0507	0,000		

Generisk før mot original før inklusjon	Koeffisient	P-verdi	Justert forklaringsgrad	ANOVA P-verdi
Konstantledd	0,192	0,000	76,60 %	0,000
Milligram	-0,000425	0,000		
Kvantum	-0,000092	0,463		
Original	0,0149	0,087		

Generisk etter mot original etter inklusjon	Koeffisient	P-verdi	Justert forklaringsgrad	ANOVA P-verdi
Konstantledd	0,131	0,000	79,10 %	0,000
Milligram	-0,000311	0,000		
Kvantum	-0,000164	0,059		
Original	0,0605	0,000		

¹³⁰ www.emedtv.com

Tabell 13.4 Herfindahl-Hirschman Index

Quetiapin	NOK totalt	Andel av totalt marked	HHI
Original:			
Serequel	20 739 099	37,9 %	1436
Generisk:			
Quetiapin copyfarm	30 961 829	56,6 %	3204
Quetiapin orifarm	3 013 362	5,5 %	30
Parallellimportert:			
Seroquel Depot	1174	0,0 %	0
Sum totalt	54 715 462		4670

13.2.3 Amlodipine

Amlodipine er et virkestoff som brukes for å behandle høyt blodtrykk, enkelte typer hjertekramper og hjertesvikt. Virkestoffet virker ved at det reduserer farten kalsium beveger seg mot hjertet og i blodårene, noe som gir bedre blodstrøm.¹³¹

Tabell 13.5 Regresjonsanalyse Amlodipine

Original før mot original etter inklusjon	Koeffisient	P-verdi	Justert forklaringsgrad	ANOVA P-verdi
Konstantledd	0,926	0,000	40,80 %	0,000
Milligram	-0,00769	0,000		
Kvantum	-0,0017	0,001		
Etter	-0,0211	0,457		

Generisk før mot generisk etter inklusjon	Koeffisient	P-verdi	Justert forklaringsgrad	ANOVA P-verdi
Konstantledd	0,856	0,000	26,00 %	0,000
Milligram	-0,0103	0,000		
Kvantum	-0,000636	0,275		
Etter	-0,407	0,000		

Generisk før mot original før inklusjon	Koeffisient	P-verdi	Justert forklaringsgrad	ANOVA P-verdi
Konstantledd	0,845	0,000	3,60 %	0,059
Milligram	-0,0102	0,010		
Kvantum	-0,00046	0,765		
Original	0,017	0,872		

Generisk etter mot original etter inklusjon	Koeffisient	P-verdi	Justert forklaringsgrad	ANOVA P-verdi
Konstantledd	0,461	0,000	75,80 %	0,000
Milligram	-0,00829	0,000		
Kvantum	-0,000972	0,000		
Original	0,401	0,000		

¹³¹www.emedtv.com

Tabell 13.6 Herfindahl-Hirschman Index

Amlodipine	NOK totalt	Andel av totalt marked	HHI
Original:			
Norvasc	25 093 914	29,1 %	841
Generisk:			
Amlodipin alpharma	239	0,00 %	0
Amlodipin arrow	63 903	0,1 %	0
Amlodipin copyfarm	14 231 701	16,5 %	272
Amlodipin gea	11 776 445	13,6 %	185
Amlodipin hexal	7 738 982	9,0 %	81
Amlodipin ratio	27 459 874	31,8 %	1011
Parallellimportert:			
Norvasc sigma	83	0,0 %	0
Sum totalt	86 365 141		2390

13.2.4 Risperidon

Risperidon kan brukes hvis man har schizofreni, humørsvingninger eller irritabilitet som følge av autisme. Det kan også brukes til å forhindre tilbakefall av schizofreni. Medikamentet virker ved å blokkere eller minske effekten av flere kjemikalier i hjernen.¹³²

Tabell 13.7 Regresjonsanalyse Risperidon

Original før mot original etter inklusjon	Koeffisient	P-verdi	Justert forklaringsgrad	ANOVA P-verdi
Konstantledd	12,2	0,000	61,20 %	0,000
Milligram	-0,596	0,000		
Kvantum	-0,0659	0,000		
Etter	-0,11	0,647		

Generisk før mot generisk etter inklusjon	Koeffisient	P-verdi	Justert forklaringsgrad	ANOVA P-verdi
Konstantledd	9,44	0,000	44,50 %	0,000
Milligram	-0,241	0,143		
Kvantum	-0,0493	0,000		
Etter	-2,33	0,000		

Parallellimportert før mot parallellimportert etter inklusjon	Koeffisient	P-verdi	Justert forklaringsgrad	ANOVA P-verdi
Konstantledd	10,3	0,000	68,40 %	0,000
Milligram	-0,37	0,000		
Kvantum	-0,0423	0,000		
Etter	-0,604	0,000		

Generisk før mot original før inklusjon	Koeffisient	P-verdi	Justert forklaringsgrad	ANOVA P-verdi
Konstantledd	10,4	0,000	66,30 %	0,000
Milligram	-0,472	0,006		
Kvantum	-0,0589	0,000		
Original	1,23	0,001		

¹³² www.emedtv.com

Generisk etter mot original etter inklusjon	Koeffisient	P-verdi	Justert forklaringsgrad	ANOVA P-verdi
Konstantledd	8,17	0,000	72,60 %	0,000
Milligram	-0,424	0,001		
Kvantum	-0,0625	0,000		
Original	3,43	0,000		

Generisk før mot parallellimportert før inklusjon	Koeffisient	P-verdi	Justert forklaringsgrad	ANOVA P-verdi
Konstantledd	9,06	0,000	93,50 %	0,000
Milligram	-0,231	0,000		
Kvantum	-0,0421	0,000		
Parallellimportert	0,917	0,000		

Generisk etter mot parallellimportert etter inklusjon	Koeffisient	P-verdi	Justert forklaringsgrad	ANOVA P-verdi
Konstantledd	7,19	0,000	61,20 %	0,000
Milligram	-0,331	0,008		
Kvantum	-0,0472	0,000		
Parallellimportert	2,64	0,000		

Parallellimportert før mot original før inklusjon	Koeffisient	P-verdi	Justert forklaringsgrad	ANOVA P-verdi
Konstantledd	10,9	0,000	64,30 %	0,000
Milligram	-0,45	0,001		
Kvantum	-0,0528	0,000		
Original	0,395	0,081		

Parallellimportert etter mot original etter inklusjon	Koeffisient	P-verdi	Justert forklaringsgrad	ANOVA P-verdi
Konstantledd	10,9	0,000	64,00 %	0,000
Milligram	-0,577	0,000		
Kvantum	-0,0592	0,000		
Original	0,801	0,000		

Tabell 13.8 Herfindahl-Hirschman Index

Risperidon	NOK totalt	Andel av totalt marked	HHI
Original:			
Risperdal	10 940 635	43,6 %	1901
Generisk:			
Risperidon sandoz	11 814 257	47,0 %	2209
Risperidon ratio	182 336	0,7 %	0
Parallellimportert:			
Risperdal euromed	14 566	0,1 %	0
Risperdal farlic	2 165 495	8,6 %	74
Risperdal famragon	4 185	0,0 %	0
Sum totalt	25 121 474		4184

13.2.5 Simvastatin

Simvastatin blir brukt til å behandle tilstander relatert til hjertesykdommer, slik som høyt kolesterol. Det blir også brukt til å forhindre kardiovaskulære sykdommer, som hjerte- og blodåre sykdommer. Simvastatin virker ved å blokkere et enzym som kontrollerer raten av kolesterolproduksjon i kroppen.¹³³

Tabell 13.9 Regresjonsanalyse Simvastatin

Original før mot original etter inklusjon	Koeffisient	P-verdi	Justert forklaringsgrad	ANOVA P-verdi
Konstantledd	0,368	0,000	64,20 %	0,000
Milligram	-0,00236	0,000		
Kvantum	-0,000563	0,001		
Etter	-0,0978	0,000		

Generisk før mot generisk etter inklusjon	Koeffisient	P-verdi	Justert forklaringsgrad	ANOVA P-verdi
Konstantledd	0,368	0,000	23,90 %	0,000
Milligram	-0,00139	0,000		
Kvantum	-0,000833	0,000		
Etter	-0,0855	0,000		

Parallellimportert før mot parallellimportert etter inklusjon	Koeffisient	P-verdi	Justert forklaringsgrad	ANOVA P-verdi
Konstantledd	0,644	0,000	37,60 %	0,000
Milligram	-0,00607	0,000		
Kvantum	-0,00132	0,031		
Etter	-0,157	0,000		

Generisk før mot original før inklusjon	Koeffisient	P-verdi	Justert forklaringsgrad	ANOVA P-verdi
Konstantledd	0,344	0,000	27,40 %	0,000
Milligram	-0,000588	0,008		
Kvantum	-0,0023	0,000		
Original	0,0888	0,000		

¹³³ www.emedtv.com

Generisk etter mot original etter inklusjon	Koeffisient	P-verdi	Justert forklaringsgrad	ANOVA P-verdi
Konstantledd	0,279	0,000	34,00 %	0,000
Milligram	-0,00276	0,000		
Kvantum	-0,000369	0,002		
Original	-0,0102	0,229		

Generisk før mot parallellimportert før inklusjon	Koeffisient	P-verdi	Justert forklaringsgrad	ANOVA P-verdi
Konstantledd	0,35	0,000	42,60 %	0,000
Milligram	-0,000483	0,057		
Kvantum	-0,00293	0,000		
Parallellimportert	0,352	0,000		

Generisk etter mot parallellimportert etter inklusjon	Koeffisient	P-verdi	Justert forklaringsgrad	ANOVA P-verdi
Konstantledd	0,287	0,000	24,30 %	0,000
Milligram	-0,00323	0,000		
Kvantum	-0,000338	0,038		
Parallellimportert	0,0407	0,004		

Parallellimportert før mot original før inklusjon	Koeffisient	P-verdi	Justert forklaringsgrad	ANOVA P-verdi
Konstantledd	0,599	0,000	45,50 %	0,000
Milligram	-0,0028	0,000		
Kvantum	-0,00147	0,000		
Original	-0,16	0,000		

Parallellimportert etter mot original etter inklusjon	Koeffisient	P-verdi	Justert forklaringsgrad	ANOVA P-verdi
Konstantledd	0,296	0,000	28,40 %	0,000
Milligram	-0,00278	0,000		
Kvantum	-0,000115	0,687		
Original	-0,0434	0,021		

Tabell 13.10 Herfindahl-Hirschman Index

Simvastatin	NOK totalt	Andel av totalt marked	HHI
Original:			
Zocor	38424859	22,5 %	506,25
Generisk:			
Simvastatin Alpharma	56526060	33,1 %	1095,61
Simvastatin Ratio	58274142	34,1 %	1162,81
Simvastatin Nycomed	8163	0 %	0
Simvastatin Sandoz	13324885	7,8 %	60,84
Simvastatin Gevita	121674	0,1 %	0,01
Simvastatin Arrow	3673410	2,2 %	4,41
Simvastatin Hexal	267844	0,2 %	0,04
Simvastatin Actavis	13108	0 %	0
Parallellimportert:			
Zocor Euromedica	1219	0 %	0
Zocor Farmagon	90679	0,1 %	0,1
Zocor Orifarm	2291	0 %	0
Zocor Paranova	298	0 %	0
Sum totalt	170728630		2830,07

13.2.6 Sumatriptan

Sumatriptan er et medikament som reduserer symptomene av migrene. Det virker ved å få blodårene i hjernen tilbake til sin normale form etter migrene. Sumatriptan forhindrer ikke migrene, men det hjelper mot migreaneanfall.¹³⁴

Tabell 13.11 Regresjonsanalyse Sumatriptan

Original før mot original etter inklusjon	Koeffisient	P-verdi	Justert forklaringsgrad	ANOVA P-verdi
Konstantledd	1,18	0,000	46,10 %	0,000
Milligram	-0,00367	0,001		
Kvantum	-0,00264	0,605		
Etter	-0,354	0,000		

Generisk før mot generisk etter inklusjon	Koeffisient	P-verdi	Justert forklaringsgrad	ANOVA P-verdi
Konstantledd	1,05	0,000	40,60 %	0,000
Milligram	-0,00287	0,002		
Kvantum	-0,00196	0,670		
Etter	-0,352	0,000		

Parallellimportert før mot parallellimportert etter inklusjon	Koeffisient	P-verdi	Justert forklaringsgrad	ANOVA P-verdi
Konstantledd	2,14	0,000	81,00 %	0,000
Milligram	-0,0141	0,000		
Kvantum	-0,00889	0,052		
Etter	-0,0464	0,307		

Generisk før mot original før inklusjon	Koeffisient	P-verdi	Justert forklaringsgrad	ANOVA P-verdi
Konstantledd	1,39	0,000	71,30 %	0,000
Milligram	-0,0069	0,000		
Kvantum	-0,00538	0,138		
Original	0,0579	0,093		

¹³⁴ www.emedtv.com

Generisk etter mot original etter inklusjon	Koeffisient	P-verdi	Justert forklaringsgrad	ANOVA P-verdi
Konstantledd	0,6	0,000	3,50 %	0,079
Milligram	-0,00172	0,048		
Kvantum	-0,00075	0,862		
Original	0,0627	0,133		

Generisk før mot parallellimportert før inklusjon	Koeffisient	P-verdi	Justert forklaringsgrad	ANOVA P-verdi
Konstantledd	1,73	0,000	74,70 %	0,079
Milligram	-0,011	0,000		
Kvantum	-0,0078	0,225		
Parallellimportert	0,199	0,001		

Generisk etter mot parallellimportert etter inklusjon	Koeffisient	P-verdi	Justert forklaringsgrad	ANOVA P-verdi
Konstantledd	1,30	0,000	70,70 %	0,000
Milligram	-0,0103	0,000		
Kvantum	-0,0066	0,182		
Parallellimportert	0,519	0,000		

Parallellimportert før mot original før inklusjon	Koeffisient	P-verdi	Justert forklaringsgrad	ANOVA P-verdi
Konstantledd	1,94	0,000	73,60 %	0,000
Milligram	-0,0112	0,000		
Kvantum	-0,00837	0,202		
Original	-0,138	0,024		

Parallellimportert etter mot original etter inklusjon	Koeffisient	P-verdi	Justert forklaringsgrad	ANOVA P-verdi
Konstantledd	1,81	0,000	71,50 %	0,000
Milligram	-0,0111	0,000		
Kvantum	-0,00714	0,161		
Original	-0,0447	0,000		

Tabell 13.12 Herfindahl-Hirschman Index

Sumatriptan	NOK totalt	Andel av totalt marked	HHI
Original:			
Imigran	29 290 165	46,2 %	2134
Generisk:			
Sumatriptan copyfarm	634 570	1,0 %	1
Sumatriptan sandoz	4 361 999	6,9 %	48
Parallellimportert:			
Imigran Radis	27 050 811	42,6 %	1815
Imigran supp	2 118 720	3,3 %	11
Sum totalt	63 456 265		4009

13.2.7 Diklofenak

Diklofenak er et smertestillende og betennelsesdempende virkestoff som tilhører en gruppe legemidler som kalles ikke-steroid antiinflammatoriske legemidler. Virkestoffet brukes blant annet til behandling av leddgikt hos barn og voksne, slitasjegikt og Bekhterevs sykdom. Virkestoffet brukes også til akutte inflammasjonstilstander i muskel og skjelettsystemet.¹³⁵

Tabell 13.13 Regresjonsanalyse Diklofenak

Original før mot original etter inklusjon	Koeffisient	P-verdi	Justert forklaringsgrad	ANOVA P-verdi
Konstantledd	0,0935	0,000	88,40 %	0,000
Milligram	-0,000663	0,000		
Kvantum	-0,000268	0,000		
Etter	-0,0146	0,000		

Generisk før mot generisk etter inklusjon	Koeffisient	P-verdi	Justert forklaringsgrad	ANOVA P-verdi
Konstantledd	0,0469	0,000	53,50 %	0,000
Milligram	0,000348	0,000		
Kvantum	-0,000233	0,000		
Etter	-0,0091	0,000		

Parallellimportert før mot parallellimportert etter inklusjon	Koeffisient	P-verdi	Justert forklaringsgrad	ANOVA P-verdi
Konstantledd	0,147	0,000	55,40 %	0,000
Milligram	-0,000594	0,000		
Kvantum	-0,000905	0,000		
Etter	-0,006345	0,231		

Generisk før mot original før inklusjon	Koeffisient	P-verdi	Justert forklaringsgrad	ANOVA P-verdi
Konstantledd	0,0764	0,000	66,70 %	0,000
Milligram	-0,000152	0,016		
Kvantum	-0,000307	0,000		
Original	0,00037	0,869		

¹³⁵ www.felleskatalogen.no

Generisk etter mot original etter inklusjon	Koeffisient	P-verdi	Justert forklaringsgrad	ANOVA P-verdi
Konstantledd	0,0388	0,000	38,70 %	0,000
Milligram	0,000295	0,000		
Kvantum	-0,000206	0,000		
Original	0,00033	0,878		

Generisk før mot parallellimportert før inklusjon	Koeffisient	P-verdi	Justert forklaringsgrad	ANOVA P-verdi
Konstantledd	0,105	0,000	51,60 %	0,079
Milligram	-0,0004	0,000		
Kvantum	-0,000574	0,000		
Parallellimportert	0,0147	0,002		

Generisk etter mot parallellimportert etter inklusjon	Koeffisient	P-verdi	Justert forklaringsgrad	ANOVA P-verdi
Konstantledd	0,0839	0,000	39,20 %	0,000
Milligram	-0,000244	0,013		
Kvantum	-0,000503	0,000		
Parallellimportert	0,0199	0,000		

Parallellimportert før mot original før inklusjon	Koeffisient	P-verdi	Justert forklaringsgrad	ANOVA P-verdi
Konstantledd	0,136	0,000	58,20 %	0,000
Milligram	-0,000534	0,000		
Kvantum	-0,000735	0,000		
Original	-0,0178	0,013		

Parallellimportert etter mot original etter inklusjon	Koeffisient	P-verdi	Justert forklaringsgrad	ANOVA P-verdi
Konstantledd	0,134	0,000	51,10 %	0,000
Milligram	-0,000633	0,000		
Kvantum	-0,000683	0,000		
Original	-0,0302	0,000		

Tabell 13.14 Herfindahl-Hirschman Index

Diklofenak	NOK totalt	Andel av totalt marked	HHI
Original:			
Voltaren	15332978	36,7 %	1346,89
Generisk:			
Diklofenak Cataflam	1291927	3,1 %	9,61
Diklofenak Ratio	10905404	26,1 %	681,21
Diklofenak Kalium	1832898	4,4 %	19,36
Diklofenak Modifenac	6081622	14,6 %	213,16
Parallellimportert:			
Voltaren Eurom	1894775	4,5 %	20,25
Voltaren Orif	613692	1,5 %	2,25
Voltaren Para	192	0 %	0
Voltaren Supp	3838473,25	9,2 %	84,64
Sum totalt	41791960		2377,37

13.2.8 Metoprolol

Metoprolol tilhører en gruppe legemidler som kalles betablokkere. Preparatet påvirker hjertet slik at det slår saktere og pumper mindre blod per minutt, noe som fører til mindre arbeid for hjertet og at oksygenbehovet minsker. Mindre hjertearbeid gir færre anfall av hjertekramper som skyldes overanstrengelse av hjertemusklene. Metoprolol senker også høyt blodtrykk. Virkestoffet brukes ved forhøyet blodtrykk, hjertekramper, rytmeforstyrrelser i hjertet og for å beskytte hjertet etter akutt hjerteinfarkt. Virkestoffet brukes også til å forebygge migreneanfall og ved økt skjoldkirtelfunksjon.¹³⁶

Tabell 13.15 Regresjonsanalyse Metoprolol

Original før mot original etter inklusjon	Koeffisient	P-verdi	Justert forklaringsgrad	ANOVA P-verdi
Konstantledd	0,0793	0,000	54,30 %	0,000
Milligram	-0,00029	0,000		
Kvantum	-0,000149	0,000		
Etter	-0,00608	0,032		

Generisk før mot generisk etter inklusjon	Koeffisient	P-verdi	Justert forklaringsgrad	ANOVA P-verdi
Konstantledd	0,0539	0,000	56,80 %	0,000
Milligram	-0,000167	0,000		
Kvantum	-0,000155	0,000		
Etter	-0,00293	0,249		

Parallellimportert før mot parallellimportert etter inklusjon	Koeffisient	P-verdi	Justert forklaringsgrad	ANOVA P-verdi
Konstantledd	0,0298	0,000	71,80 %	0,000
Milligram	-0,000064	0,000		
Etter	-0,0022	0,032		

Generisk før mot original før inklusjon	Koeffisient	P-verdi	Justert forklaringsgrad	ANOVA P-verdi
Konstantledd	0,0668	0,000	52,40 %	0,000
Milligram	-0,000311	0,000		
Kvantum	-0,000175	0,000		
Original	0,016	0,006		

¹³⁶ www.felleskatalogen.no

Generisk etter mot original etter inklusjon	Koeffisient	P-verdi	Justert forklaringsgrad	ANOVA P-verdi
Konstantledd	0,0556	0,000	58,80 %	0,000
Milligram	-0,000234	0,000		
Kvantum	-0,000143	0,000		
Original	0,0123	0,000		

Generisk før mot parallellimportert før inklusjon	Koeffisient	P-verdi	Justert forklaringsgrad	ANOVA P-verdi
Konstantledd	0,0695	0,000	64,20 %	0,079
Milligram	-0,000108	0,002		
Kvantum	-0,000382	0,000		
Parallellimportert	0,00403	0,272		

Generisk etter mot parallellimportert etter inklusjon	Koeffisient	P-verdi	Justert forklaringsgrad	ANOVA P-verdi
Konstantledd	0,0494	0,000	57,20 %	0,000
Milligram	-0,000159	0,000		
Kvantum	-0,000143	0,000		
Parallellimportert	0,00636	0,067		

Parallellimportert før mot original før inklusjon	Koeffisient	P-verdi	Justert forklaringsgrad	ANOVA P-verdi
Konstantledd	0,0808	0,000	51,30 %	0,000
Milligram	-0,0003	0,000		
Kvantum	-0,000172	0,000		
Original	0,00087	0,910		

Parallellimportert etter mot original etter inklusjon	Koeffisient	P-verdi	Justert forklaringsgrad	ANOVA P-verdi
Konstantledd	0,0709	0,000	57,00 %	0,000
Milligram	-0,000259	0,000		
Kvantum	-0,000145	0,000		
Original	-0,0007	0,903		

Tabell 13.16 Herfindahl-Hirschman Index

Metoprolol	NOK totalt	Andel av totalt marked	HHI
Original:			
Selo-zok	15332978	52,1 %	2714,41
Generisk:			
Metoprolol Nmpharma	1291927	4,4 %	19,36
Metoprolol Sandoz	10905404	37,1 %	1376,41
Parallellimportert:			
Selo-zok Farmag	1894775	6,4 %	40,96
Sum totalt	29425083		4151,14

13.2.9 Omeprazol

Omeprazol er et virkestoff som blant annet brukes i behandling av sure oppstøt og halsbrann. Den sure magesaften bidrar til forekomsten av betennelse i spiserøret og sår i tolvfingertarmen og magesekken. Det som gjør magesaften sur (saltsyre) pumpes ut fra magens slimhinner via såkalte syrepumper. Omeprazol hemmer disse pumpene og reduserer derved surhetsgraden i magen.¹³⁷

Tabell 13.17 Regresjonsanalyse Omeprazol

Original før mot original etter inklusjon	Koeffisient	P-verdi	Justert forklaringsgrad	ANOVA P-verdi
Konstantledd	0,768	0,000	48,60 %	0,000
Kvantum	-0,00314	0,000		
Etter	-0,18	0,000		

Generisk før mot generisk etter inklusjon	Koeffisient	P-verdi	Justert forklaringsgrad	ANOVA P-verdi
Konstantledd	1,05	0,000	43,70 %	0,000
Milligram	-0,0266	0,000		
Kvantum	-0,000564	0,055		
Etter	-0,0616	0,002		

Parallellimportert før mot parallellimportert etter inklusjon	Koeffisient	P-verdi	Justert forklaringsgrad	ANOVA P-verdi
Konstantledd	-0,505	0,000	98,60 %	0,000
Milligram	0,0685	0,000		
Kvantum	-0,00296	0,000		
Etter	0,0018	0,942		

Generisk før mot original før inklusjon	Koeffisient	P-verdi	Justert forklaringsgrad	ANOVA P-verdi
Konstantledd	0,93	0,000	29,80 %	0,000
Milligram	-0,0156	0,023		
Kvantum	-0,00263	0,000		
Original	0,13	0,003		

¹³⁷ www.felleskatalogen.no

Generisk etter mot original etter inklusjon	Koeffisient	P-verdi	Justert forklaringsgrad	ANOVA P-verdi
Konstantledd	1,36	0,000	58,50 %	0,000
Milligram	-0,0436	0,000		
Kvantum	-0,00156	0,000		
Original	0,0348	0,018		

Generisk før mot parallellimportert før inklusjon	Koeffisient	P-verdi	Justert forklaringsgrad	ANOVA P-verdi
Konstantledd	-0,418	0,013	71,50 %	0,079
Milligram	0,0486	0,000		
Kvantum	-0,00086	0,459		
Parallellimportert	0,33	0,000		

Generisk etter mot parallellimportert etter inklusjon	Koeffisient	P-verdi	Justert forklaringsgrad	ANOVA P-verdi
Konstantledd	-0,566	0,000	72,50 %	0,000
Milligram	-0,0502	0,000		
Kvantum	0,00179	0,035		
Parallellimportert	0,461	0,000		

Parallellimportert før mot original før inklusjon	Koeffisient	P-verdi	Justert forklaringsgrad	ANOVA P-verdi
Konstantledd	-0,259	0,014	93,70 %	0,000
Milligram	0,062	0,000		
Kvantum	-0,00492	0,000		
Original	-0,142	0,001		

Parallellimportert etter mot original etter inklusjon	Koeffisient	P-verdi	Justert forklaringsgrad	ANOVA P-verdi
Konstantledd	-0,601	0,000	97,00 %	0,000
Milligram	0,0712	0,000		
Kvantum	-0,00199	0,000		
Original	-0,284	0,000		

Tabell 13.18 Herfindahl-Hirschman Index

Omeprazol	NOK totalt	Andel av totalt marked	HHI
Original:			
Losec	8912103	29,5 %	870,25
Generisk:			
Omeprazol BMN	944098	3,1 %	9,61
Omeprazol Ratio	18920807	62,6 %	3918,76
Omeprazol Scand	1112	0 %	0
Parallellimportert:			
Losec Farmagon	37681	0,1 %	0,1
Losec Inf	1200375	4,6 %	21,16
Sum totalt	30216175		4819,88

13.2.10 Venlafaksine

Venlafaksine er et virkestoff som brukes i behandling av depresjon. Kliniske studier viser at pasienter som blir behandlet med dette virkestoffet har større bedring i sine symptomer enn de som ikke blir behandlet med dette antidepressive legemiddelet.¹³⁸

Tabell 13.19 Regresjonsanalyse Venlafaksine

Original før mot original etter inklusjon	Koeffisient	P-verdi	Justert forklaringsgrad	ANOVA P-verdi
Konstantledd	0,198	0,000	57,30 %	0,000
Kvantum	-0,000578	0,002		
Etter	0,0114	0,040		

Generisk før mot generisk etter inklusjon	Koeffisient	P-verdi	Justert forklaringsgrad	ANOVA P-verdi
Konstantledd	0,15	0,000	41,30 %	0,000
Milligram	-0,00024	0,008		
Kvantum	-0,000151	0,127		
Etter	-0,052	0,000		

Parallellimportert før mot parallellimportert etter inklusjon	Koeffisient	P-verdi	Justert forklaringsgrad	ANOVA P-verdi
Konstantledd	0,241	0,000	67,10 %	0,000
Milligram	-0,000596	0,000		
Kvantum	-0,00062	0,000		
Etter	-0,00398	0,477		

Generisk før mot original før inklusjon	Koeffisient	P-verdi	Justert forklaringsgrad	ANOVA P-verdi
Konstantledd	0,142	0,000	95,40 %	0,000
Milligram	-0,000136	0,025		
Kvantum	-0,000209	0,001		
Original	0,0478	0,000		

¹³⁸ www.emedtv.com

Generisk etter mot original etter inklusjon	Koeffisient	P-verdi	Justert forklaringsgrad	ANOVA P-verdi
Konstantledd	0,101	0,000	79,30 %	0,000
Milligram	-0,000262	0,009		
Kvantum	-0,00016	0,152		
Original	0,107	0,000		

Generisk før mot parallellimportert før inklusjon	Koeffisient	P-verdi	Justert forklaringsgrad	ANOVA P-verdi
Konstantledd	0,206	0,000	64,00 %	0,079
Milligram	-0,00053	0,000		
Kvantum	-0,000526	0,000		
Parallellimportert	0,0234	0,013		

Generisk etter mot parallellimportert etter inklusjon	Koeffisient	P-verdi	Justert forklaringsgrad	ANOVA P-verdi
Konstantledd	0,143	0,000	72,60 %	0,000
Milligram	-0,000477	0,000		
Kvantum	-0,000472	0,000		
Parallellimportert	0,0738	0,000		

Parallellimportert før mot original før inklusjon	Koeffisient	P-verdi	Justert forklaringsgrad	ANOVA P-verdi
Konstantledd	0,243	0,000	69,40 %	0,000
Milligram	-0,000616	0,000		
Kvantum	-0,000611	0,000		
Original	-0,0197	0,105		

Parallellimportert etter mot original etter inklusjon	Koeffisient	P-verdi	Justert forklaringsgrad	ANOVA P-verdi
Konstantledd	0,237	0,000	70,00 %	0,000
Milligram	-0,000587	0,000		
Kvantum	-0,000623	0,000		
Original	-0,00346	0,710		

Tabell 13.20 Herfindahl-Hirschman Index

Venlafaksine	NOK totalt	Andel av totalt marked	HHI
Original:			
Efexor	4 567 315	6,1 %	37
Generisk:			
Venlafaxin krka	49 677 224	66 %	4356
Parallellimportert:			
Efexor Depot depotkapsel	16 939 013	22,5 %	506
Efexor Depot farmag	4 109 329	5,5 %	30
Sum totalt	75 301 880		4930

13.3 Teori om mangelfull informasjon

Denne teorien ble nevnt i kapittel 8.1, men ble ikke presentert der da den er urelevant for utredningen. For spesielt interesserte er teorien vedlagt her.

13.3.1 Lite informasjon

I markeder hvor konsumentene handler kun én eller få ganger vil det ofte være slik at de ikke orker eller har evne til å kontrollere hvilken pris som tas av de forskjellige aktørene og hvilke vilkår de har. I slike markeder vil konsumentene gjerne ha lite informasjon. At konsumenter har mangelfull informasjon om priser kan gi tilbyderne mulighet til å sette en høyere pris, fordi noen vil kjøpe av tilbydere med høyere pris ettersom konsumentene ikke er klar over at det finnes tilbydere med lavere priser. Dette virker logisk, men likevel er forholdet mellom pris og informasjon mer komplisert.

Forholdet mellom grad av informasjon og prisnivå kan forklares ved hjelp av turistfellemodellen (the tourist trap model). I turistfellemodellen antas det at alle kunder har informasjon om hvor mange bedrifter det er og hvilke priser det er i markedet, men ikke hvilke bedrifter som tar de forskjellige prisene. Kostnaden for alle kundene ved å søke er s . Her vil pris lik grensekostnad c ikke være en likevekt, fordi bedrifter kan sette en pris $p^* = c + s$ og fortsatt få salg.¹³⁹ For konsumentene vil det være verdt å søke så lenge prisen ikke blir høyere enn p^* , og for bedrifter vil det være lønnsomt å heve prisen over marginalkostnad så lenge prisen ikke overstiger p^* . Siden konsumentene ikke vet hvilke priser de forskjellige bedriftene tar, kan bedriftene fortsatt få salg selv om pris er høyere enn marginalkostnad.¹⁴⁰ Alle bedrifter vil da ønske å sette en pris høyere enn marginalkostnad. Men p^* vil heller ikke være en likevekt fordi en bedrift kan ta prisen $c + 2s$ og likevel få salg ettersom kundene ikke har informasjon om hvilke bedrifter som tar hvilken pris. Ved å følge dette resonnementet blir konklusjonen at så lenge prisen er under monopolpris vil det lønne seg å heve prisen. Likevekten blir da at alle setter monopolprisen dersom det bare eksisterer én pris i likevekt.

Spørsmålet blir videre om en bedrift ønsker å avvike fra monopolprisen. Dersom kunden skal ha incentiv til å søke etter en bedrift med lavere pris må prisdifferansen være minst lik søkekostnaden til kunden. Er det mange bedrifter i markedet er det mindre sannsynlig at konsumenten finner bedrifter med lav pris, sammenlignet med tilfellet hvor det er få bedrifter i markedet. Fra teorier om priskonkurranse forventes det ofte at mange bedrifter i markedet fører til hardere konkurranse og lavere priser. I tilfellet hvor kundene har lite informasjon er resultatet det motsatte. Nyetableringer vil dermed ikke føre til lavere priser, mens fusjoner vil gi incentiver til å sette ned prisen ettersom det

¹³⁹ Sjørgard 2005

¹⁴⁰ Carlton og Perloff 1994

da blir færre bedrifter i markedet. Flere bedrifter gir mindre å tjene på å avvike fra høy pris ettersom det er vanskelig for kundene å finne bedriftene med lavere pris og fordi det å lete innebærer en søkekostnad for konsumenten.¹⁴¹

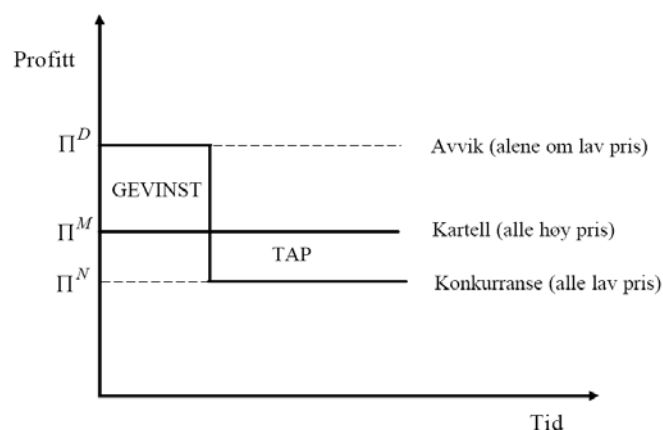
En reduksjon i søkekostnadene vil ikke nødvendigvis lede til mer priskonkurranse når alle konsumentene har lik informasjon og har samme søkekostnad s . Dette gis av det samme resonnetet som nevnt over. Så lenge det finnes søkekostnader og konsumentene har mangelfull informasjon, vil en bedrift alltid tjene på å sette en høyere pris enn grensekostnad ettersom det vil være konsumenter som ikke vet hvilke bedrifter som har lavere priser. Bedrifter vil da få salg så lenge prisen ikke blir høyere enn $c + s$. Så lenge søkekostnadene er positive og det er én pris i likevekt, vil reduserte søkekostnader ikke ha påvirkning på hva som blir likevekten og prisen vil bli monopolprisen. Er søkekostnadene null vil det bety at alle konsumenter har perfekt informasjon og likevekten blir da pris lik marginalkostnad.¹⁴²

Fra resonnementene over kan det konkluderes med at når konsumenter har lite informasjon og den samme søkekostnaden, vil ikke nyetableringer og reduksjon i søkekostnader ha en prisreduserende effekt.

13.3.2 Mye informasjon

Ofte vil det være slik at mer informasjon om priser i et marked kan gjøre sannsynligheten for fredelig sameksistens større. Dette kan forklares med en figur.

Figur 13.1 Profitt ved å bryte fredelig sameksistens



Kilde: Sjørgard 2005

¹⁴¹ Sjørgard

¹⁴² Carlton og Perloff

Figuren viser profitten en bedrift kan få i forskjellige konkurransesituasjoner. Profitten er lavest ved konkurranse og høyest hvis bedriften velger å avvike fra monopolprisen en periode. Profitten når alle setter monopolprisen ligger mellom disse to. Gevinsten ved å avvike er merket i figuren med arealet GEVINST. Hvis en bedrift avviker kan de andre bedriftene følge etter i neste periode, og det oppstår konkurranse. Arealet merket med TAP viser hvor mye profitten blir redusert etter at de andre bedriftene følger etter og det blir konkurranse fremfor fredelig sameksistens. Hvis den neddiskonterte verdien av arealet TAP er større enn arealet GEVINST kan det være i bedriftens interesse å opprettholde den fredelige sameksistensen, selv om bedriftene seg imellom ikke har noen avtale om å opptre som et kartell.

Mer informasjon om priser kan påvirke muligheten for fredelig sameksistens. Det kan føre til at flere bedrifter må sette en lavere pris når det eksisterer konkurranse, ettersom flere kunder er informert om hvilke bedrifter som har lave priser. Fortjenesten til hver bedrift blir mindre og i figuren vil linjen med konkurranse flytte seg nedover. Dette betyr at arealet TAP blir større og man har mindre incentiver til å bryte med kartellet. På den annen side vil mer informasjon hos kundene bety at hvis en bedrift avviker vil den bedriften få en større andel kunder ettersom flere er klar over at bedriften setter en lavere pris enn konkurrentene. I figuren vil linjen med avvik flytte seg oppover og arealet GEVINST blir større. Det er derfor vanskelig å gi en konklusjon på om mer prisinformasjon gir større sannsynlighet for fredelig sameksistens. En studie har vist at den siste effekten dominerer, det vil si at mer informasjon gir mindre sannsynlighet for fredelig sameksistens.

Hyppigere prisinformasjon hos både kunder og bedrifter vil gi bedriftene mulighet til å reagere raskere på et eventuelt avvik. En raskere reaksjon på avvik vil bety at den vertikale streken i arealet GEVINST forskyver seg til venstre og blir mindre. Den som avviker får en kortere periode å holde lav pris ettersom konkurrentene reagerer raskere. Gevinsten blir mindre og bedriftene vil ha mindre incentiver til å bryte ut av den fredelige sameksistensen.¹⁴³

¹⁴³ Sjørgard 2005

13.4 Intervju med farmasøyter

Under følger intervjuene som ble gjort med farmasøytene fra de forskjellige apotekkjedene.

Vitusapotek:

1. Oppfatter du det som om mange bytter til billigere legemidler?

Svar: Det er en del konsumenter som gjør det. Noen kunder bytter alltid, mens andre er mer skeptiske. Hun antar at mellom 70 og 80 % av kundene bytter. Enkelte er skeptiske til bytte, de vil ha det legen har forskrevet. Hvordan apotekene framstiller bytte har også mye å si.

2. Hvordan stiller kunder seg til å bytte? Merker dere forskjell i de ulike aldersgruppene? Tror du det er lettere for unge enn eldre å bytte til et generisk legemiddel?

Svar: Hun tror bytte avhenger av økonomien til kunden, og merker ikke nevneverdig forskjell i bytte hos de ulike aldersgruppene. Hun sier videre at eldre kan være litt mer skeptiske, men at det kommer av at de er bekymret for å ta feil medisin dersom de tar flere legemidler samtidig.

3. Hvilke hovedgrunner tror du det er for at folk ikke bytter til billigere legemidler?

Svar: Noen er skeptiske til årsaken til at apotekene spør om bytte. Noen tror apotekene gjør det fordi de tjener penger på det. Ikke alle vet at de er pålagt å spørre etter apotekloven. Noen kunder kan også være allergiske mot fargestoffene som brukes i de generiske legemidlene. Kunder hører på hverandre, og dersom en nabo, venn eller lignende har hatt en dårlig erfaring (f.eks. bivirkning) med bytte av legemiddel, kan andre bli skeptiske. Andre kunder kan igjen synes at det generiske alternativet er bedre enn originallegemiddelet, som for eksempel at tablettene er lettere å dele eller har bedre effekt.

Hun tror kundene ser på apotekene som en god og pålitelig kilde, men noen tror apotekene tilbyr bytte til billigere legemiddel for selv å oppnå profitt. Uheldige avisoppslag fører til skeptiske kunder. Media har hatt et skeptisk syn på bytte av legemiddel. Kundene trenger mer informativ og nøytral informasjon. Generisk bytte er relativt nytt og kundene forstår ikke hvordan systemet fungerer.

4. Tror du at det at generiske legemidler kan ha en annen form og farge enn originallegemiddelet fører til at mange lar være å bytte?

Svar: Enkelte kan være skeptiske ettersom legemidlene kan se forskjellige ut. Placeboeffekten spiller også inn, man tror originallegemidler virker best og at det for eksempel er andre bivirkninger av de generiske alternativene.

5. Tror du kunder opplever generiske legemidler som likeverdige til originalproduktene?

Svar: Noen kunder er skeptiske til om det er det samme, om legemidlet har lik kvalitet og effekt.

6. Skjer det oftere bytte til generiske legemidler hvis prisforskjellen er stor?

Svar: Noen legemidler har stor prisforskjell, som for eksempel opp til 600 kroner. 70 til 80 % bytter vanligvis til et billigere legemiddel, men denne andelen er høyere blant de dyreste legemidlene.

7. Er inntrykket ditt at leger skriver mest originallegemidler på resept?

Svar: De fleste leger skriver ut originallegemiddelet. Det har kommet litt flere leger som skriver ut generiske legemidler i det siste. Generisk bytte er relativt nytt i Norge og er mer vanlig i utlandet. Utlandske kunder bytter oftere enn de norske, fordi de er mer vant til generiske legemidler. Hun mener det er en kulturforskjell her.

8. Merker dere noe til at kunder kan være skeptiske til å bytte dersom legen har forskrevet et originallegemiddel?

Svar: Ja, noen kunder vil kun ha det legen har forskrevet.

9. Syns du legene gjør en god nok jobb når det kommer til å informere pasientene om generiske legemidler?

Svar: Hennes inntrykk er at det varierer veldig. Noen leger er generelt skeptiske og hun vet om tilfeller der leger bevisst skriver "ikke bytte" på alle resepter de skriver ut, selv om dette ikke er lovlig. Legeforeningen har uttrykt skepsis til generisk bytte, og dette påvirker også deres medlemmer. De har imidlertid blitt mer liberal i det siste. Selv om leger er skeptiske til bytte har de ikke lov å la dette komme til uttrykk overfor sine pasienter. Grunnen til at enkelte leger er skeptiske kan være at de har hatt noen pasienter som har fått uheldige bivirkninger ved bytte.

Leger har dårlig tid og vil ikke alltid ha tid til å informere om at det finnes ulike alternativer. Enkelte legekantor har plakater på kontorene hvor de informerer om at det finnes generiske alternativer, dette tror hun kan ha en effekt. Leger tenker gjerne også at de ikke trenger å informere om at det finnes rimeligere alternativer ettersom dette blir gjort på apotek. De tenker gjerne ikke over at noen kunder stoler mest på legen sin.

For de pasientene som er allergiske mot hjelpestoffene er det legitimt å ikke bytte. For de kundene som er av en personlig oppfatning om at originallegemiddelet er det beste er det ikke legitimt å ikke bytte.

Leger har ikke til enhver tid oppdatert informasjon om hvilke virkestoff som inngår i trinnprissystemet, er på byttelisten og hvilke priser de ulike alternativene har. De har gjerne bare Felleskatalogen og den er ikke alltid oppdatert. Leger har også et annet system enn det apotekene har. Apotekene er hele tiden informert om hvilke preparat som er på de ulike listene og hvilke priser myndighetene refunderer.

10. Har kundene god informasjon om de ulike prisene?

Svar: Hun mener kunder generelt ikke har informasjon om ulike priser, bare der de selv har byttet. Kunder flest har ikke informasjon om hvilke virkestoff som inngår i trinnprissystemet.

11. Tror du kunder ville benyttet seg av en nettbasert oversikt over de ulike prisene?

Svar: Da måtte det i så fall vært på sider kundene ofte besøker. Ikke så mange er inne på LMI sine nettsider.

12. Føler du at dere i apotek har nok tid til å informere kundene om prisforskjeller mellom generiske og originallegemidler, og bruker dere mye tid på det?

Svar: Hun mener de har nok tid til å informere kundene om de ulike alternativene. De har blitt mer effektive som følge av et nytt system ved betjening av resept. Farmasøytene er nå mer tilgjengelig og synlig i apotekene og har mer kontakt med kundene, noe som gir de større mulighet til å gi kundene bedre informasjon. Det er også flere ansatte med høyere utdanning i apotekene nå. Dette har på den annen side også en kostnad, og lønnskostnaden er en betydelig kostnad for apotekene. Det blir nå utført mer tekniske kontroller som tar kortere tid, som for eksempel strekkodekontroll.

13. Ifølge en innkjøpssjef i en av kjedene er nå marginene på reseptbelagte legemidler så lav at dette segmentet ikke er særlig lønnsomt. Han fortalte at derfor kan ikke apotekene ta seg god tid til å rådgi kundene innenfor dette området, og at det heller fokuseres på reseptfrie legemidler og handelsvarer. Hva syns du om dette og er du enig i at det er sånn?

Svar: Apoteket tjener omtrent ingenting på reseptpliktige legemidler. De har kun 7 % avanse på legemidler under 200 kr, og 4 % for de over 200 kr. De har mer handelsvarer for å overleve, og hun sier de hadde gått konkurs hadde de kun tilbudt reseptbelagte produkter. Hun mener likevel at de har god tid til å informere. Legemiddelprodusentene sitter igjen med størstedelen av "kaken".

14. Legemiddelprodusenter bruker ressurser på å markedsføre seg overfor leger. Merker dere noe til at de markedsfører seg overfor apotek?

Svar: Dette merker de ikke noe til. De får informasjon fra produsentene, men ikke noe annet.

15. Har dere noen incentiver for å gjøre en ekstra innsats for å informere om billigere legemidler?

Svar: Hun sier at det er bedre for apotekene å selge det rimeligste alternativet fordi dette er mer gunstig for apoteket.

16. Har dere gjort noen tiltak for å bedre informasjonen om byttbare legemidler? I så fall hvilke tiltak? Hvilke av disse har vært de beste?

Svar: De har en informasjonskampanje. Hun er usikker på resultatene av denne kampanjen, men de informerer kunder om bytte hver eneste dag.

17. Hva tror du må til for at flere begynner å bruke generiske legemidler?

Svar: Mer balansert informasjon og holdningsendring.

18. Er konkurransen om kundene hard?

Svar: Den er hardere nå enn før, for etter den nye apotekloven har det blitt etablert mange nye apotek. Det er flere apotek, men totalt sett ikke flere kunder. Apotekenes inntjening avhenger svært mye av beliggenhet og apotek som er på kjøpesentrene får lettere flere kunder. De som ligger mer ugunstig til må jobbe mer for å få flere kunder. Kundebehandling er også meget viktig.

19. Hvordan opplever du konkurransen i legemiddelmarkedet mellom generiske og originallegemidler?

- **Hva mener du kan gjøres for å få økt konkurranse i legemiddelmarkedet, og mener du det trengs økt konkurranse?**

Svar: Hun visste ikke så mye her, men sa at folk er skeptiske til bytte og at dette er til fordel for originalprodusentene. Videre sa hun at originalprodusentene kan endre litt på legemidlet etter patentslutt slik at de generiske alternativene ikke lengre er likeverdige og byttbare. Hun nevnte et eksempel der originalprodusenten etter patentslutt trakk en tabletttype fra markedet når det generiske alternativet etablerte seg med samme tabletttype. De innførte en annen type tablett, og da var ikke lengre det generiske alternativet likeverdig. Originalprodusenten kan også introdusere et forbedret produkt etter patentutløp, og da er heller ikke det generiske alternativet likeverdig. Noen originallegemidler følger trinnprisene, mens andre velger en annen strategi og holder høyere priser. Det kan være ulike grunner til dette. De har brukt mye penger på å utvikle legemidlet og holder kanskje høy pris av den grunn. Det kan også være de kan holde høy pris fordi de har lojale kunder.

20. Statens Legemiddelverk har kampanjen "Trygt medisinbytte i apotek", har dere denne kampanjen? Kan dere se noen virkning av den?

Svar: Slike kampanjer mener hun er best når de kommer fra nøytrale, pålitelige kilder. Kampanjen til Statens Legemiddelverk er enkel og forståelig. De har her en brosjyre som de deler ut til skeptiske kunder. Vitusapotek har selv en kampanje som går på dette med bytte, men hun tror offentlige kampanjer er bedre. Hun sier det er vanskelig å si om kampanjene virker, men de informerer kunder daglig om bytte. Jo mer informasjon kunder får, dess mindre skeptiske vil de være. Enkelte kunder er av den oppfatning om at bytte er apotekenes idé.

Annet som ble nevnt i intervjuet:

Hun mener at det må til en holdningsendring:

- Informasjon kundene får fra legen sin påvirker mye.
- Informasjon generelt har mye å si, og det er best når informasjonen kommer fra ulike hold.
- Informasjonskampanjen fra Statens Legemiddelverk er et positivt tiltak, det er bra når informasjon kommer fra det offentlige og kommer fra en nøytral part.
- Apotekene prøver å informere om generiske legemidler.
- Kunder er i det siste blitt mer oppmerksomme på at det finnes generiske legemidler.
- Noen kunder er fremdeles skeptiske:

- De har manglende informasjon.
 - Bekjentes mening spiller en stor rolle.
 - Negativt fokus i media påvirker kundene.
- Etter hvert som tiden går vil det kanskje bli med vanlig med bytte og flere vil bytte.

Hennes forslag til tiltak: Holdningsendring og balansert informasjon.

Apotek 1:

1. Oppfatter du det som om mange bytter til billigere legemidler?

Svar: Ja, veldig mange bytter. Så sant legen ikke har reservert pasient mot bytte, bytter de aller fleste.

2. Hvordan stiller kunder seg til å bytte? Merker dere her at det er forskjell i de ulike aldersgruppene? Tror du det er lettere for unge enn eldre å bytte til generiske legemidler?

Svar: De fleste er positive pga. at de får lavere egenandel. De yngre er mer skeptiske enn de eldre, noe hun finner litt overraskende. Eldre er mer innstilt på bytte.

3. Hvilke hovedgrunner tror du det er for at folk ikke bytter til billigere legemidler?

Svar: Enkelte har den innstillingen at de har prøvd tidligere, men at det generiske alternativet ikke virket like godt. Hun tror det er en psykisk årsak.

4. Tror du at det at generiske legemidler kan ha en annen form og farge enn original fører til at mange lar være å bytte?

Svar: Nei, det tror hun ikke. Hun tror heller konsumentene er skeptiske til at de har et annet navn og pakning.

5. Tror du kunder opplever generiske legemidler som likeverdige til originalproduktene?

Svar: Hun tror de fleste kunder mener det i dag. Ordningen har jo vært i gang en stund nå. Konsumentene var mer skeptiske i begynnelsen.

6. Skjer det oftere bytte til generiske legemidler hvis prisforskjellen er stor?

Svar: Ja, da bytter nesten alle. I hvert fall når prisdifferansen blir såpass høy som 500 til 600 kroner. Prisforskjellen kan variere fra 3-4 kroner til 700-800 kroner.

7. Er inntrykket ditt at leger er skeptiske til generiske legemidler?

Svar: Det tror hun ikke, men at det ligger automatisk inne i systemet til legene at pasientene ikke skal bytte. Grunnen til at hun tror det er at de har sett at pasienter kommer med resepter hvor det står "ikke bytte" selv der det ikke finnes alternativer å bytte til. Dette har imidlertid blitt bedre etter at de fikk et nytt system grunnet ny blåreseptordning (kom for fullt fra mars 2009). Hun sier leger som oftest skriver ut originallegemidler, men at dette kommer av gammel vane. De kjenner navnet og derfor er det lettest å bare skrive ut originallegemiddelet.

8. Merker dere noe til at kunder kan være skeptiske til å bytte dersom legen har forskrevet et originallegemiddel?

Svar: Noen kunder har den innstillingen at legens ord er lov, men de fleste bytter selv om legen har skrevet ut et originallegemiddel.

9. Syns du legene gjør en god nok jobb når det kommer til å informere pasientene om generiske legemidler?

Svar: Nei, de gjør ikke noen jobb med dette i det hele tatt.

10. Tror du kunder ville benyttet seg av en nettbasert oversikt over de ulike prisene?

Svar: Apotek 1 sine kunder er 70 + i alder og kan som regel ikke bruke en datamaskin, så svaret her er nei.

11. Føler du at dere i apotek har nok tid til å informere kundene om prisforskjeller mellom generiske og originallegemidler, og bruker dere mye tid på det?

Svar: De tar seg tid til dette. De henter gjerne fram de ulike pakningstypene og viser hva de ulike legemidlene inneholder for å bevise at det er det samme. Selv om de gjerne kan miste kunder på grunn av dette ettersom det kan øke ventetiden og selv om avansen på reseptbelagte varer er lav, tar de seg tid til dette.

12. Ifølge en innkjøpssjef i en av kjedene er nå marginene på reseptbelagte legemidler så lav at dette segmentet ikke er særlig lønnsomt. Han fortalte at derfor kan ikke apotekene ta seg god tid til å rådgi kundene innenfor dette området, og at det heller fokuseres på reseptfrie legemidler og handelssvarer. Hva syns du om dette og er du enig i at det er sånn?

Svar: De prøver å få konsumenter til å bytte legemiddel. Dette gjelder reseptbelagte varer. For reseptfrie varer har de større fokus på varer med størst fortjeneste, de driver tross alt butikk.

13. Legemiddelprodusenter bruker ressurser på å markedsføre seg overfor leger. Merker dere noe til at de markedsfører seg overfor apotek?

Svar: Hun tror ikke omfanget av dette er like stort lengre. Apotekene får av og til besøk av legemiddelprodusenter, men apotek er ikke prioritert.

14. Har dere gjort noen tiltak for å bedre informasjonen om byttbare legemidler? I så fall hvilke og hvilke av disse tiltakene har vært de beste?

Svar: De har en informasjonsbrosjyre som de bruker aktivt.

15. Hva tror du må til for at flere begynner å bruke generiske legemidler?

Svar: Hun tror at de som ikke bruker generiske legemidler i dag er de som er allergiske mot virkestoffene. De som ikke bytter har god grunn, og hun tror ikke det er så mye som kan gjøres for å få flere til å bytte.

16. Hvordan opplever du konkurransen i legemiddelmarkedet mellom generiske og originallegemidler?

- Hva mener du kan gjøres for å få økt konkurranse i legemiddelmarkedet, og mener du det trengs økt konkurranse?

Svar: Dette merker hun ikke noe til, men med det samme generikaproduktene etableres på markedet er det stor prisforskjell mellom generiske og originallegemidler, men etter noe måneder er denne prisdifferansen stort sett borte.

17. Statens Legemiddelverk har kampanjen "Trygt medisinbytte i apotek", har dere denne kampanjen? Kan dere se noen virkning av den?

Svar: Apotek 1 har stadig informasjonskampanjer om generisk bytte. Dette informerer de om hver dag og sender hjem en brosjyre om dette til skeptiske kunder og kunder som ikke vil bytte. De har også Statens Legemiddelverk sin kampanje, men den har de ikke vært like flinke

til å benytte seg av. Hun tror ikke kunder bryr seg om informasjonen kommer fra apoteket eller Statens Legemiddelverk for de fleste kunder har aldri hørt om de.

Alliance apotek:

I dette intervjuet deltok også en farmasistudent som jobbet ved apoteket.

1. Oppfatter du det som om mange bytter til billigere legemidler?

Svar: Det er en del som bytter, men er også mange som reserverer seg. De spør kundene, og de som tidligere har god erfaring med bytte, bytter igjen.

2. Tror du at det at generiske legemidler kan ha en annen form og farge enn original fører til at mange lar være å bytte?

Svar: For kunder som tar mange legemidler kan det være vanskelig å holde orden på de ulike legemiddelene, noe som kan føre til økt skepsis til bytte. Ulik form og farge på generiske legemidler vil derfor føre til at det er verre å bytte.

3. Skjer det oftere bytte til generiske legemidler hvis prisforskjellen er stor?

Svar: Ja, det gjør det. Økonomi spiller en rolle. Kjedene har avtalevarer med de ulike leverandørene, og disse varene kan være mer lønnsomme for apotekene. Apotekene er pliktet til å spørre kundene om de vil bytte til generiske legemiddel, men når det bare er noen kroner i prisdifferanse er ikke kundene så interessert i å bytte og da er apoteket mer opptatt av å selge avtalevarene sine.

4. Er inntrykket ditt at leger skriver mest originallegemidler på resept?

Svar: Ja, det gjør de. Originallegemidler er mer innarbeidet og det går raskere for legen å skrive de opp. Originallegemidlet har vært på markedet lenge, og legene kan ofte ikke navnet på virkestoffet. Generiske legemidler brukes stadig mer og noen leger er flinke til å skrive på resepten at bytte kan gjøres i apoteket. Dette styrker apotekenes argumenter overfor kundene når kunden er skeptisk.

5. Merker dere noe til at kunder kan være skeptiske til å bytte dersom legen har forskrevet et originallegemiddel?

Svar: Noen pasienter er det. De sier gjerne at de først vil høre med legen om det er greit at de bytter, før de tør å bytte. Kunder har mer tiltro til legene enn det de har til apotekene. Undersøkelser viser imidlertid at kunder har stor tiltro til apotek, men da større tillit til leger.

6. Syns du legene gjør en god nok jobb når det kommer til å informere pasientene om generiske legemidler?

Svar: Hun tror ikke legen gjør dette. De er ikke så opptatt av hvilket legemiddel som blir brukt, men mer om hvilken diagnose de skal stille. Apotekene gjør jobben med å informere om generiske legemidler.

7. Har du inntrykk av at kunder har informasjon om at det eksisterer generiske legemidler?

- Hva mener du kan gjøres for å øke kundenes kunnskap om generiske legemidler?

Svar: Hun tror de vet at det finnes generiske alternativer. Farmasistudenten som jobbet ved apoteket var av den oppfatning at mange kunder ikke vet dette. Han opplever at kunder blir overrasket over at det finnes alternativer til det legen har forskrevet og at disse alternativene er rimeligere.

8. Føler du at dere i apotek har nok tid til å informere kundene om prisforskjeller mellom generiske og originallegemidler, og bruker dere mye tid på det?

Svar: De bruker en del tid på å informere om generiske legemidler. De har i grunn ikke mye tid til det, men de tar seg tid. De må også fokusere på å selge handelsvarer ettersom dette er det som er mest lønnsomt.

9. Har dere noen incentiver for å gjøre en ekstra innsats for å informere om billigere legemidler?

Svar: Hun sa at de må jo ha et incentiv for å spørre, for det tar tid og tid er penger.

10. Hva tror du må til for at flere begynner å bruke generiske legemidler?

Svar: Mer offentlig informasjon hadde gjort hverdagen i apotek lettere. Kunder mangler informasjon om at det finnes generiske legemidler, og slik informasjon hadde ført til at flere ville vært villige til å bytte. Dette hadde spart samfunnet for masse penger. De merker ikke særlig mye til dersom det har vært negativ omtale i media.

11. Er konkurransen om kundene hard?

Svar: Nei, dette merker ikke de noe særlig til ettersom de er det eneste apoteket i området. Nå har det etablert seg et nytt apotek, men det er i samme kjede.

12. Statens Legemiddelverk har kampanjen "Trygt medisinbytte i apotek", har dere denne kampanjen? Kan dere se noen virkning av den?

Svar: Denne kampanjen deler de stort sett ut til alle kunder, men spesielt til de skeptiske. Dette mener de er et godt hjelpemiddel. Alliance apotekene har selv hatt brosjyrer om generisk bytte, men dette er kampanjer som kjøres innimellom. Nå for tiden har de ingen kampanje.

13. Hvilke forskjeller merker dere nå når dere er et Boots apotek i forhold til Alliance?

Svar: De har flere helsetjenester som de tar betalt for. De har også flere handelsvarer, spesielt velvære produkter.

13.5 Intervju med legemiddelprodusenter

Disse spørsmålene ble stilt til legemiddelprodusenter gjennom mailkommunikasjon og telefonintervju. En ansatt i Legemiddelindustriforeningen ble også spurt om disse spørsmålene.

Pfizer (Originalprodusent):

Dette intervjuet ble gjort over mail og svarene er skrevet av produsenten selv.

1. Mener dere konkurransen mellom generiske legemidler og originallegemidler er hard?

Svar: Hard, men rettferdig

2. Mener dere konkurransen mellom de forskjellige generiske legemidlene er hard?

Svar: Hard, men rettferdig

3. Mener dere myndighetene gjør en god nok innsats for å informere konsumentene om generiske legemidler og om at bytte er trygt?

Svar: Vanskelig å definere "god nok". Ting kan alltid bli bedre. Samtidig er det et spørsmål om hvor mye tid og ressurser myndighetene (les legemiddelverket) skal bruke på dette. I tillegg har både apotekkjedene og apotekforeningen delvis tatt ansvar for dette.

4. Opplever dere at originalprodusentene prøver å forsinke generisk inntreden i markedet? I så fall hva gjør de?

Svar: Definitivt nei. Men nå spør du også en av original produsentene...

FarmaPlus (Generisk produsent):

Dette intervjuet ble gjort over telefon.

1. Hvordan oppfatter du konkurransen mellom generiske legemidler og originallegemidler? Er den hard?

Svar: Ja, det er den. Det er voldsom prisreduksjon de første 12 månedene pga. trinnprissystemet. Noen generiske produsenter får ikke avtaler med grossister og det er derfor vanskelig å etablere seg i markedet, men dette er ikke vanlig.

2. Hvordan oppfatter du konkurransen mellom de forskjellige generiske legemidlene?

Svar: Konkurransen mellom disse er tøff. Prisene har sunket voldsomt de siste årene og det går nedover. Det er hardere konkurranse mellom generiske produsenter seg imellom, enn mellom original- og generiske produsenter.

3. Mener du myndighetene gjør en god nok innsats for å informere konsumentene om generiske legemidler og om at bytte er trygt? Mener du apotek og leger gjør en god nok jobb med å informere om generiske legemidler? Tror du økt informasjon om generiske legemidler ville ført til at flere kunder byttet til et generisk legemiddel?

Svar: Nei. Leverandørene gjør jobben med å informere apotek og konsumenter. De som produsenter gjør jobben med å informere i samarbeid med apotek. De lager informasjonsbrosjyrer og har informasjon om generisk bytte på nettsidene sine.

4. Opplever du at originalprodusentene prøver å forsinke generisk inntreden i markedet for på den måten å utvide perioden de er eneleverandør? I så fall hva gjør de?

Svar: Dette gjør de, men de har selv ikke opplevd dette.

5. Er du av den oppfatning av at originalprodusenter bruker mye ressurser på markedsføring overfor leger for å "smøre"?

Svar: Originalprodusentene driver informasjonsarbeid, men er underlagt strenge krav for hva de kan si. Det er redusert mulighet for å drive med markedsføring i dag i forhold til 5-10 år siden. Originalprodusentene har færre konsulenter i dag til å gjøre dette. Det er en reduksjonen i "smøring". Dette skjedde etter at generiske legemidler kom på markedet.

Actavis (Generisk produsent):

Dette intervjuet ble gjort over telefon.

1. Hvordan oppfatter du konkurransen mellom generiske legemidler og originallegemidler?

Svar: Priskonkurransen er gitt oligopolet. Hans personlige mening er at maktbalansen i verdikjeden er ujevnt fordelt på grunn av eierskapsstrukturen. De to siste leddene i verdikjeden har all makt.

Videre mener han at det ikke er så mye konkurranse mellom generiske og originalprodusenter ettersom de har svært forskjellig forretningsmodell. Generiske produsenter er kostnadseffektive. De driver aktivt med logistikkforbedringer og produksjonsforbedringer for å holde kostnadene nede og marginene er lave. Originalprodusentene tenker ikke to ganger før de på samme dag ringer til Australia på den dyreste tiden av døgnet, men det må de generiske produsentene gjøre. Til tross for ulik forretningsmodell er det til en viss grad konkurranse om kundene og volumet.

2. Opplever du at originalprodusentene prøver å forsinke generisk inntreden i markedet for på den måten å utvide perioden de er eneleverandør? I så fall hva gjør de?

Svar: Det er en del av driften å forsvare sitt patent. Dette kan gjøres på flere måter, for eksempel saksøke de generiske produsentene. Dette gir ingen konsekvens for saksøker, foruten advokathonorar. Originalprodusenten beholder ikke patentet i saksøkingperioden.

Dersom originalprodusentene mener de generiske produsentene etablerer seg for tidlig, bruker de å gi en advarsel. Dersom advarselen godtas blir det salgsstopp for generiske legemidler. Dersom advarselen ignoreres, kan originalprodusenten ta saken til retten hvor de kan få en dom og følgelig erstatning. De kan ta saken helt til høyesterett, og det er en sak der nå, men det er ikke vanlig. Sakene som tas for retten går stort sett i originalprodusentenes favør. For de generiske produsentene er dette en ulempe ettersom de allerede har små marginer.

Det er ulike patentsystemer i Europa, men dette skal harmoniseres fra ca. 2012- 2015. En av fordelene med dette er at patent i Europa vil da gå ut på samme tid. I land som Norge, Finland og Portugal er det mulighet å utfordre patentet tidligere pga. andre patentregler.

I dag finnes det både prosess- og produktpatenter. I Norge er det prosesspatent. Dette gjør at generiske produsenter kan utfordre originalprodusentene ved å vise at deres produksjon er såpass annerledes at patentet ikke dekker det. De kan utfordre patentet når de har en annen prosess, og kan på den måten til en viss grad gå rundt produktpatentet. Et molekyl kan ha mange patenter. Med de nye reglene som skal innføres i Europa (produktpatent) vil reglene blir klarere. Det vil være en overgangsperiode, men i 2017 vil dette være innført. Land som berøres av endringene er blant annet Norge, Finland, Portugal, Spania, Italia og til en viss grad Østerrike.

3. Bruker originalprodusentene mye ressurser på å påvirke legene sin utskrivningspraksis?

Svar: Han har aldri sett på dette som et problem så lenge produsentene holder seg innenfor det som er rimelig, men myndighetene har vært kritisk til dette. Han er av den oppfatning at dess mer markedsføring originalprodusentene har gjort, jo større er markedet og volumet de generiske produsentene kan være med på å kapre.

4. Bruker dere mye ressurser på markedsføring når dere går inn i markedet?

Svar: Det er ingen tvil om at markedsføringskostnader og FoU er betydelige kostnader for originalprodusenten, men Actavis bruker ikke mye på dette fordi at de har en annen forretningsmodell og bare tre kunder. De kan ikke påvirke om kundene bruker deres produkt, og bruker derfor ikke mye på markedsføring.

5. Mener du myndighetene kunne gjort en bedre jobb for å tilrettelegge bedre for generisk konkurranse, eller synes du markedet fungerer bra slik det er i dag?

Svar: Myndighetene er interessert i høyest mulig byttegrad. Byttegraden avhenger av hvilke innkjøpsavtaler apotekene har for de ulike legemidlene, og at det er dette som bestemmer byttegraden. Derfor er den forskjellig fra de ulike legemidlene.

6. Er det et problem at kjedene kan utnytte reglene om generisk bytte og på den måten presse prisene fra sine leverandører?

Svar: Er ikke et problem at det er tre kjeder, men problemet er at kjedene er integrert med grossist. Trinnsprissystemet er et problem fordi nivået på prisene er så lave og marginene er lave, noe som gir stor risiko for generikaprodusentene. Han mener denne risikoen kan true systemet og det går ut på at prisforskjellen mellom det de selger til grossistene på og AIP er svært stor. Dersom generikaprodusentene får problemer med leveransen, kan de risikere å måtte erstatte differansen mellom det de selger til grossistene for og AIP. Denne differansen

kan være svært stor. Det kan ta 1,5 år før de tjener inn igjen det tapte etter bare noen ukers forsinkelse i leveransen. Activas har 20 fabrikker rundt om i verden, så logistikk er en utfordring og sannsynligheten for å ikke levere er tilstede.

Han tror denne risikoen er en utilsiktet konsekvens, men myndighetene viser ingen vilje til å endre på det. Han har flere ganger påpekt dette overfor myndighetene. Han ga et eksempel:

De selger videre til grossist	300
AIP	10 000
Differanse	9 700 per pakning

På grunn av høyt volum vil dette bli en høy sum.

Han har sett ett tilfelle der ingen kunne levere til trinnpris på grunn av at trinnprisen ble for lav. Myndighetene har kjøpt trinnprismodellen fra grossistene. Grossistene har laget modellen, og har ingen risiko selv. Modellen gir kjedene god margin. Ettersom de ikke har noen risiko, har de heller ikke problemer med å lage et slikt system. De generiske leverandørene har all risiko. Han var også av den oppfatning at originalproduktene vanligvis ikke følger med ned i pris på grunn av at de har en annen forretningsmodell.

Ansatt hos Legemiddelindustriforeningen:

Dette intervjuet ble gjort over mail og svarene er skrevet av den ansatte selv.

1. Hvordan oppfatter du konkurransen mellom generiske legemidler og originallegemidler? Er den hard?

Svar: Ja, generelt vil jeg si det. Det er forholdsvis vanlig at originalleverandøren vil forsøke å konkurrere om i alle fall deler av markedet etter at han har fått generisk konkurranse.

2. Hvordan oppfatter du konkurransen mellom de forskjellige generiske legemidlene?

Svar: For generikalaverandørene er det veldig viktig å komme tidlig på markedet og å få inngått avtaler med apotekkjedene. Konkurransen mellom alle leverandører i det generiske markedet (original samt alle aktuelle generikaleverandører) er hard. Apotekkjedene bruker ordningen med generisk bytte og trinnprissystemet til å spille leverandørene ut mot hverandre og skaffer seg på den måten selv solide inntekter i dette markedet. I og med at apotekmarkedet er oligopolistisk, betyr hver enkelt kjede veldig mye for leverandørene.

Kjedene ønsker på sin side å begrense antall leverandører til kjeden og dette fører igjen til at det er en del generikalaverandører som bare oppnår svært begrenset salg i apotekene.

3. **Mener du myndighetene gjør en god nok innsats for å informere konsumentene om generiske legemidler og om at bytte er trygt? Mener du apotek og leger gjør en god nok jobb med å informere om generiske legemidler? Tror du økt informasjon om generiske legemidler ville ført til at flere kunder byttet til et generisk legemiddel?**

Svar: Statens legemiddelverk (SLV) har gjennomført en kampanje om generisk bytte rettet mot både helsepersonell og pasienter. Apotekene har åpenbare egeninteresser i at pasienter bytter til generika og driver følgelig med svært aktiv informasjon i forbindelse med bytte. Fra LMIs side er vi mer bekymret for at pasientenes og legenes rett til å nekte å akseptere et bytte i praksis blir redusert. Ikke alle pasienter bør bytte. Det gjelder særlig eldre pasienter som bruker en lang rekke legemidler og som allerede før de blir utsatt for krav om bytte har problemer med å holde orden på sine medisiner. Selv om generisk bytte ofte vil være greit, er det viktig at man også har i tankene at generisk bytte kan føre til feilbruk. Her må spesielt legene vurdere om pasienten bør reserveres mot bytte eller ikke, dersom legen mener at det kan foreligge en fare for feilbruk.

4. **Opplever du at originalprodusentene prøver å forsinke generisk inntreden i markedet for på den måten å utvide perioden de er eneleverandør? I så fall hva gjør de?**

Svar: Patentvernet er grunnleggende for all innovasjon og nyutvikling på legemiddelområdet, og originalprodusentene vil naturlig nok forsvare sine patenter rettslig dersom de blir utfordret av generikaleverandørene før patentet har utløpt. For øvrig er LMI tilhenger av helt fri generisk konkurranse etter at patentene har utløpt. Generisk konkurranse er positivt og kan frigjøre ressurser som bl.a. kan brukes til å ta nye legemidler opp i blåreseptordningen.

5. **Er du av den oppfatning at lavere innkjøpspriser på parallellimporterte legemidler kommer konsumentene til gode, eller resulterer det i høyere avanse for de integrerte kjedene?**

Svar: Parallellimport følger av prinsippet om fri flyt av varer innenfor EØS-området. På legemiddelområdet er det imidlertid så godt som ingenting å spare for en pasient å velge parallellimportert vare. Utsalgsprisen på parallellimport er ofte enten identisk eller bare marginalt lavere enn for originalen, men apotekkjeden kan tjene en del på slikt salg.

13.6 Spørreundersøkelse blant leger

Disse spørsmålene ble brukt i spørreundersøkelsen.

1. Kjønn	Antall svar
Mann	6
Kvinne	0

2. Alder	Antall svar
25-35	0
35-45	0
45-55	3
55-	3

3. Hvordan stiller du deg til generisk bytte?	Antall svar
Positiv	4
Likegyldig	2
Negativ	0
Vet ikke	0

4. Hvor ofte skriver du originallegemiddel på resept til pasienter fremfor et generisk alternativ?	Antall svar
Alltid	0
Ofte	1
Av og til	4
Sjeldent	1
Aldri	0

5. Bruker du tid på å informere pasienter om generiske legemidler?	Antall svar
Ja	4
Nei	2

6. Mener du at det er apotekenes jobb å informere pasientene om generisk bytte, og ikke legene sin jobb?	Antall svar
Ja	4
Nei	2
Vet ikke	0

7. Er det lettere å huske navnet på originallegemidlet framfor virkestoffet?	Antall svar
Ja	3
Nei	2
Vet ikke	1
<hr/>	
8. Hvordan ville du stilt deg til en ordning der virkestoffet ble skrevet opp på resepten i stedet for legemiddelnavnet?	Antall svar
Positiv	4
Negativ	2
Likegyldig	0
<hr/>	
9. Tror du at du har stor påvirkning på pasientens valg mellom originallegemiddel og generisk legemiddel?	Antall svar
Ja	4
Nei	1
Vet ikke	1
<hr/>	
10. Tror du informasjonsbrosjyrer og plakater på legekantoret hvor det informeres om at generisk bytte er trygt ville bidratt til at flere pasienter bytter til et generisk legemiddel?	Antall svar
Ja	3
Nei	2
Vet ikke	1
<hr/>	
11. Mener du at du har nok informasjon om generiske legemidler?	Antall svar
Ja	5
Nei	1
Vet ikke	0
<hr/>	
12. Mener du at du har tilstrekkelig informasjon om prisdifferanser mellom generiske og originallegemidler til å kunne fortelle pasientene om dette?	Antall svar
Ja	3
Nei	2
Vet ikke	1

13. Tror du økt informasjon blant leger om generiske legemidler ville ført til at flere leger skrev generiske legemidler på resept?	Antall svar
Ja	4
Nei	2
Vet ikke	0

14. Føler du at legemiddelprodusentene prøver å påvirke deres utskrivningspraksis ved at de bruker betydelige markedsføringsressurser mot legene?	Antall svar
Ja	4
Nei	2
Vet ikke	0

Andre kommentarer til dette spørsmålet:

Det er statens oppgave å drive legemiddelpolitikk, så man kan ikke vente at legemiddelfirmaene skal reklamere annet enn for sine egne produkter! Hvis staten fortsetter å bruke SÅ lite på legemiddelinformasjon kan vi være glade for at industrien kommer med info, men vi må selvfølgelig ikke sluke det rått. Forskjell på statistisk signifikans og klinisk relevans!

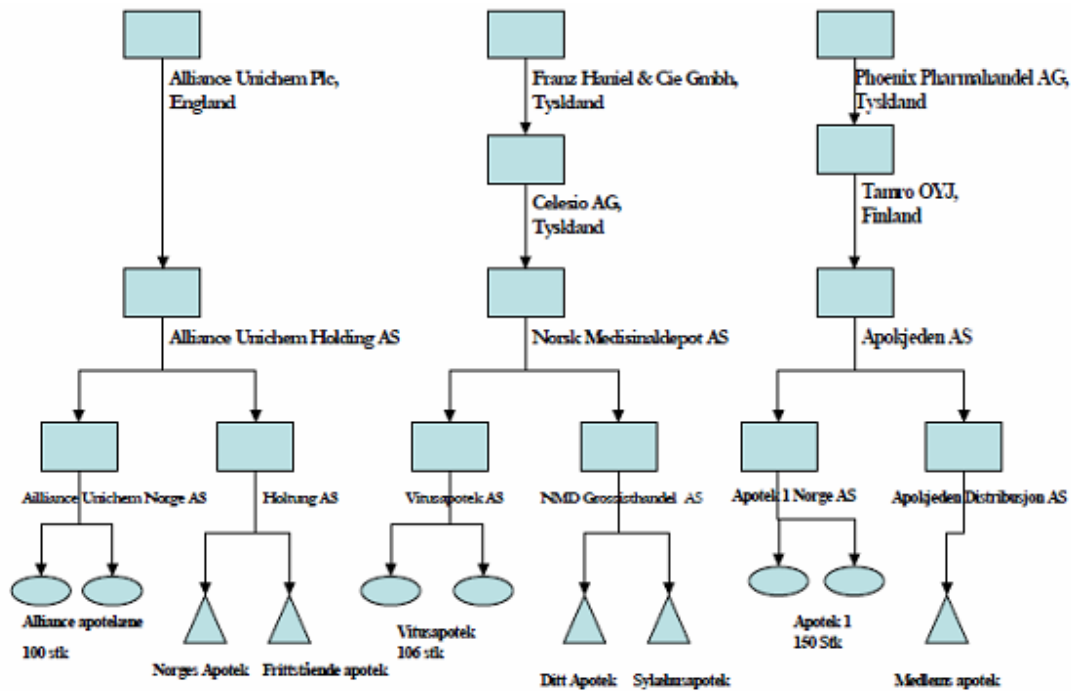
15. Tenker du på at økt bruk av generiske legemidler kan spare samfunnet for betydelige kostnader når du skriver ut resepter?	Antall svar
Ja	5
Nei	0
Vet ikke	1

Andre kommentarer til spørreundersøkelsen:

Det viser seg at hovedgevinsten av Generica tar apotekene, Originalprodusenten tvinges til å sette ned prisen, og så ligger generica kun 1-4 kroner under per pakke.

13.7 Figur og tabell

Figur 13.2 Selskapsstruktur for apotekkjedene



Kilde: Dalen og Strøm 2004

Tabell 13.21 Antall apotek fordelt etter eierskap

År per 1. januar	Alliance/Boots apotek, heleide	Apotek 1, Heleide	Vitusapotek, Heleide	Sykehus apotek	Selvstendige apotek og deleide kjedeapotek	Sum
2001	-	-	-	28	369	397
2002	66	77	91	28	199	461
2003	89	130	100	30	153	502
2004	109	155	106	30	120	520
2005	114	168	113	30	110	535
2006	120	180	120	31	103	554
2007	127	185	132	31	98	573
2008	137	202	149	33	92	613
2009	138	215	163	33	87	626

Kilde: Apotek og legemidler 2009

KILDER

Internett

Aftenposten. (2009, 03 12). *Tar seg godt betalt for kopimedisin*. Hentet 03 20, 2009 fra www.aftenposten.no: <http://www.aftenposten.no/helse/article2975128.ece>

Apotek1. (2009, 02 01). *Resepter*. Hentet 02 14, 2009 fra www.apotek1.no:
<http://www.apotek1.no/raadogtjenester/resepter/resepter>

Felleskatalogen. (2009). *Antall utsalgssteder for reseptfrie legemidler utenom apotek fordelt etter type*. Hentet 02 10, 2009 fra www.felleskatalogen.no:
http://www.felleskatalogen.no/felleskatalogen/html/content/static/tallogfakta/kap_3/307.html

Felleskatalogen. *Norges eksport og import av legemidler*. Hentet 21 04, 2009 fra www.felleskatalogen.no:
http://www.felleskatalogen.no/felleskatalogen/html/content/static/tallogfakta/kap_5/506.html

Felleskatalogen. (2009, 23 04). *Pakningsvedlegg: Informasjon til brukeren*. Hentet 24 04, 2009 fra www.felleskatalogen.no:
http://www.felleskatalogen.no/pasientutgave/?mainpage=/pasientutgave/show.do%3Ffilename%3D/content/pkv/O/Omeprazol_Mylan_96219/97632.html

Felleskatalogen. (2009, 23 04). *Pakningsvedlegg*. Hentet 24 04, 2009 fra www.felleskatalogen.no:
http://www.felleskatalogen.no/pasientutgave/?mainpage=/pasientutgave/show.do%3Ffilename%3D/content/pkv/D/Diclofenac_ratiopharm_83391/90907.html

Felleskatalogen. (2009, 23 04). *Pakningsvedlegg*. Hentet 24 04, 2009 fra www.felleskatalogen.no:
http://www.felleskatalogen.no/pasientutgave/?mainpage=/pasientutgave/show.do%3Ffilename%3D/content/pkv/D/Diclofenac_ratiopharm_83391/90907.html

Finsnes, K. (2007, 03 20). *Gode og dårlige prissystemer for kopilegemidler*. Hentet 01 27, 2009 fra www.apotek.no: <http://www.apotek.no/sw24595.asp>

Health, I. *Prisene på legemidler er lavere i Norge enn i andre europeiske land*. Hentet 01 27, 2009 fra www.apotek.no: http://www.apotek.no/graphics/NAF-bibliotek/Diverse/PDF/20070702_IMS_norsk_sammendrag.pdf

Helsedepartement, D. K. (2003). *Om lov om endringer i legemiddelloven*. Hentet 02 15, 2009 fra www.regjeringen.no: <http://www.regjeringen.no/Rpub/OTP/20022003/016/PDFS/OTP200220030016000DDDPDFS.pdf>

Helsedirektoratet. (2008, 05 28). *eResept - først i Stor-Elvdal*. Hentet 01 28, 2009 fra www.helsedirektoratet.no: http://www.helsedirektoratet.no/samspill/eressept/eressept____f_rst_i_stor_elvdal_190204

Konkurransetilsynet. (2008, 10 10). *Konkurranseloven: Det relevante marked*. Hentet 01 27, 2009 fra www.konkurransetilsynet.no: http://www.konkurransetilsynet.no/iKnowBase/Content/428084/RELEVANT_MARKED.PDF

Legemiddelindustriforeningen. *Tall og fakta 2008*. Hentet 02 02, 2009 fra www.lmi.no: <http://www.lmi.no/FullStory.aspx?m=146>

Legemiddelindustriforeningen. *Tall og fakta 2008*. Hentet 02 02, 2009 fra www.lmi.no: <http://www.lmi.no/FullStory.aspx?m=146>

Legemiddelindustriforeningen. *Tall og fakta 2009*. Hentet 21 04, 2009 fra www.lmi.no: <http://www.lmi.no/FullStory.aspx?m=146>

Legemiddelverket. (2009, 01 13). *2 milliarder kroner spares årlig gjennom ordningen med trinnpris og generisk bytte*. Hentet 01 28, 2009 fra www.legemiddelverket.no: http://www.legemiddelverket.no/templates/InterPage____80414.aspx?filterBy=CopyToGeneral

Legemiddelverket. (2009, 01 26). *Apotekenes og legenes rolle*. Hentet 02 05, 2009 fra www.legemiddelverket.no: http://www.legemiddelverket.no/templates/InterPage____76866.aspx

Legemiddelverket. (2009, 01 26). *Byttbare legemidler – medisinbytte i apotek*. Hentet 02 05, 2009 fra www.legemiddelverket.no: http://www.legemiddelverket.no/templates/InterPage____76867.aspx

Legemiddelverket. (2008, 12 06). *Flere legemidler i salg utenom apotek*. Hentet 02 10, 2009 fra www.legemiddelverket.no:

http://www.legemiddelverket.no/templates/InterPage____80353.aspx?filterBy=CopyToGeneral

Legemiddelverket. (01, 01 2008). *Trinnprismodellen*. Hentet 28 01, 2009 fra

www.legemiddelverket.no:

http://www.legemiddelverket.no/templates/InterPage____41680.aspx?filterBy=CopyToGeneral

Legemiddelverket. (2006, 04 25). *Trinnprissystemet gir ikke lav nok pris*. Hentet 01 28, 2009 fra

www.legemiddelverket.no:

http://www.legemiddelverket.no/templates/InterPage____31132.aspx?filterBy=CopyToGeneral

Legemiddelverket. (2009, 02 16). *Forskrivnings- og ekspedisjonsstøtte – FEST*. Hentet 02 05, 2009 fra

www.legemiddelverket.no: http://www.legemiddelverket.no/templates/InterPage____80236.aspx

Legemiddelverket. (2009, 01 27). *Medisinbruken øker – prisene faller*. Hentet 01 28, 2009 fra

www.apotek.no: <http://apotek.no/sw28415.asp>

Lovdata. (2009, 03 26). *Forskrift om legemidler (legemiddelforskriften)*. Hentet 03 26, 2009 fra

www.lovdata.no: <http://www.lovdata.no/for/sf/ho/to-19991222-1559-040.html>

Lovdata. (2009, 03 27). *Lov om konkurranse mellom foretak og kontroll med*

foretakssammenslutninger (konkurranseloven). Hentet 03 27, 2009 fra www.lovdata.no:

<http://lovdata.no/all/tl-20040305-012-003.html#10>

MedTv. (2009, 24 03). *Amlodipine*. Hentet 15 02 2009 fra

<<http://heart-disease.emedtv.com/amlodipine/amlodipine.html>>

MedTv. (2008, 04 08). *Venlafaxine*. Hentet 15 02 2009 fra

<<http://depression.emedtv.com/venlafaxine/venlafaxine.html>>

MedTv. (2009, 24 03). *Cetirizine*. Hentet 15 02 2009 fra

<<http://drugs.emedtv.com/cetirizine/ceterizin.html>>

MedTv. (2009, 24 03). *Risperidone*. Hentet 15 02 2009 fra
<<http://bipolar-disorder.emedtv.com/risperidone/risperidon.html>>

MedTv. (2009, 24 03). *Sumatriptan*. Hentet 15 02 2009 fra
<<http://nervous-system.emedtv.com/sumatriptan/sumatriptan.html>>

MedTv. (2009, 24 03). *Quetiapine*. Hentet 15 02 2009 fra
<<http://schizophrenia.emedtv.com/quetiapine/quetiapin.html>>

MedTv. (2009, 24 03). *Simvastatin*. Hentet 15 02 2009 fra
<<http://drugs.emedtv.com/simvastatin/simvastatin.html>>

NRK. (2008, 09 01). *Hundrevis dør av feilmedisinering*. Hentet 02 05, 2009 fra www.nrk.no/nyheter:
<http://www.nrk.no/nyheter/1.6200529>

Omsorgsdepartementet, H. o. *Legemidler*. Hentet 02 14, 2009 fra www.regjeringen.no:
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/legemidler.html?id=11633>

Omsorgsdepartementet, H. o. (1999). *Om lov om apotek (apotekloven)*. Hentet 02 20, 2009 fra
www.regjeringen.no: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/otprp/19981999/Otprp-nr-29-1998-99-/11/2/2.html?id=306874>

Prosessindustrien. (2007, 03 15). *Norsk legemiddelindustri i vekst*. Hentet 02 13, 2009 fra
www.prosessindustrien.no: <http://www.prosessindustrien.no/default.asp?menu=6&id=4363>

Tidsskrift, N. F. (2007, 09 17). *Kan få alvorlige følger*. Hentet 01 27, 2009 fra www.farmatid.no:
<http://www.farmatid.no/id/414>

Tidsskrift, N. F. (2008, 01 21). *Regionalt samarbeid om riktig legemiddelbruk*. Hentet 02 02, 2009 fra
www.farmatid.no: <http://www.farmatid.no/id/543>

TV2. (2009, 03 13). *Apotekene tar seg betalt for billig kopimedisin*. Hentet 03 13, 2009 fra
www.tv2nyhetene.no: <http://www.tv2nyhetene.no/innenriks/article2621811.ece>

VG. (2009, 05 03). *Sjokkert over nordmenns pillebruk*. Hentet 05 12, 2009 fra www.vg.no:
<http://www.vg.no/helse/artikkel.php?artid=553124>

Artikler

Almendingen, V. (2007). *Generisk bytte. En økonimisk studie av aktørenes og prisenes betydning for substitusjon*. Oslo: Stiftelsen Frischsenteret for samfunnsøkonomisk forskning.

Apotekforeningen. (2008). *Apotek og legemidler 2008, Bransjestatistikk om apotekenes virksomhet og rammevilkår*. Oslo: Apotekforeningen.

Apotekforeningen. (2009). *Apotek og legemidler 2009, Bransjestatistikk om apotekenes virksomhet og rammevilkår*. Oslo: Apotekforeningen.

Brekke, K. R., & Straume, O. R. (2003). *Pris- og avanseregulering i legemiddelmarkedet*. Bergen: Rokkansenteret.

Brekke, K. R., Grasdahl, A. L., & Holmås, T. H. (2006). *Regulation and the Pricing of Pharmaceuticals: Reference Pricing or Price Cap Regulation?* Bergen: Notatserie i helseøkonomi.

Brekke, K. R., Holmås, T. H., & Straume, O. R. (2008). *Er legemidler billig i Norge?* Bergen: Samfunns- og næringslivsforskning AS.

Dalen, D. M. (2002). *Kan konkurranse bidra til lavere legemiddelpriser?* . Oslo: Handelshøyskolen BI.

Dalen, D. M. (2003). *Legemiddelmarkedet etter apotekreformen: Regulering, markedsstruktur og konkurranse*. Oslo: Handelshøyskolen BI og Frischsenteret.

Dalen, D. M., & Strøm, S. (2004). *Pris- og avanseregulering for legemidler*. Oslo: Statens Legemiddelverk.

Johnsen, J. R. (2003). *Patenter, legemidler og generisk substitusjon*. Bergen: Samfunns- og næringslivsforskning AS.

Klemperer, P.D (1987). *Markets with consumer switching costs*. Quarterly Journal of Economics, Vol. 102

Line, T. M. *Legemidler- hvilke effekter gir konkurranse?* Oslo: NAV.

Riksrevisjonen. (2009). *Riksrevisjonens undersøkelse av myndighetenes regulering av markedet for kopilegemidler*. Oslo: Riksrevisjonen

Bøker

Barney, J. B. 2007. *Gaining and sustaining competitive advantage* 3. utg. New Jersey: Pearson Prentice Hall.

Carlton, Dennis W. & Perloff, Jeffrey M. (1994) *Information, advertising and disclosure*, s. 553 – 586. *Modern industrial organization*. 2. utg. USA, Harper Collins College Publishers.

Johnson, G., Scholes, K. and Whittington, R. 2005. *Exploring corporate strategy*. 7.utg. FT Prentice Hall, Harlow.

Keller, Gerald: *Statistics for management and economics* 7. utg. (2005). Thomson Brooks/Cole. USA.

Motta, Massimo (2004): *Competition Policy, Theory and Practice*. 7. utg. Cambridge University Press, New York.

Pindyck, Robert S. og Daniel L. Rubinfeld (2005): *Microeconomics*. 6. utg. Pearson Prentice Hall, Upper Saddle River, New Jersey.

Sørgaard, Lars (2003): *Konkurransestrategi – Eksempler på anvendt mikroøkonomi*. 2 utg. Fagbokforlaget, Bergen.

Ubøe, Jan: *Statistikk for økonomifag*. 1. utg. (2004). *Hypotesetesting*, s. 175 – 184. Gyldendal Akademisk. Oslo.

Forelesninger

Andersen, J (2009). *Forelesningsnotater bedriftsbesøk Apotekforeningen*, Oslo.

Andersen, J (2008). *Forelesningsnotater gjesteforelesning i MIE 401 Konkurransanalyse*, Norges Handelshøyskolen, Bergen.

Fjell, K (2007). Forelesningsnotater i BUS 401 Strategisk lønnsomhetsanalyse og prising, Norges Handelshøyskole, Bergen.

Fjell, K (2009). Forelesningsnotater i MIE 421 Konkurranserett, Norges Handelshøyskole, Bergen.

Meyer, C (2007) Forelesningsnotater i SOL 040 Strategisk Ledelse, Norges Handelshøyskole, Bergen.