



# Innholdsfortegnelse

<b>Tabeller</b> .....	<b>4</b>
<b>Figurer</b> .....	<b>5</b>
<b>1. Innledning og oppsummering</b> .....	<b>6</b>
1.1 Innledning.....	6
1.2 Dialog med markedsaktørene .....	7
1.3 Oppsummering.....	7
<b>2. Beskrivelse av apotekbransjen</b> .....	<b>9</b>
2.1 Organisering og utvikling.....	9
2.1.1 Grossistenes markedsandel.....	10
2.2 Økonomien hos apotek og grossister.....	11
2.2.1 Regnskapsstatistikk fra primærapotek.....	11
2.3 Utvikling i ulike apotekformer .....	13
2.3.1 Heleide kjedeapotek med fullt driftsår.....	13
2.3.2 Kjedetilknyttede apotek med fullt driftsår .....	14
2.3.3 Frittstående apotek med fullt driftsår.....	15
2.3.4 Sykehusapotek med fullt driftsår .....	16
2.3.5 Nettapotek med fullt driftsår .....	17
2.4 Omsetning og andre nøkkeltall.....	19
2.5 Vertikalt integrerte apotekkjeder.....	21
2.6 Apotekdekning.....	22
2.6.1 DMPs vurdering av dagens apotekdekning .....	24
2.7 Bemanning og kvalitet.....	25
2.7.1 Bemanning i apotek .....	25
2.7.2 Kvalitet.....	27
2.7.3 Vurderinger av bemanning og kvalitet opp mot antall apotek .....	28
2.8 Legemiddelsalg utenom apotek (LUA).....	29
2.9 Utvikling i andre nøkkeltall.....	30
2.10 Tjenester i apotek .....	31
2.10.1 Medisinstart.....	31
2.10.2 Inhalasjonsveiledning.....	31
2.10.3 Vaksinerings.....	32
2.10.4 LAR-tjeneste.....	32
2.10.5 Andre tjenester .....	33
2.11 Legemiddeldetaljistavgiften .....	33
2.12 Driftsstøtte til apotek.....	34
2.12.1 Distriktsapotek.....	34
2.12.2 Vaktapotek.....	35
2.12.3 Agilera Pharma.....	35
2.12.4 Vurdering av driftsstøtteordningen .....	36
2.13 Fraktrefusjonsordningen.....	37
2.13.1 Evaluering av fraktrefusjonsordningen.....	38

2.13.2 Beskrivelse av 50 %-ordningen med fraktrerefusjon.....	38
2.13.3 Vurdering av gjeninnføring av 50 %-ordningen.....	38
2.13.4 DMPs anbefaling.....	39
2.14 Eksklusivitetsavtaler .....	39
2.15 Endringer i sentrale lover og forskrifter mv .....	40
2.16 Svensk avansemodell .....	41
<b>3. Reseptpliktig omsetning fordelt på distribusjonsleddene .....</b>	<b>43</b>
3.1 Trinnprissegmentet.....	45
3.2 Maksimalprissegmentet.....	46
3.3 Legemidler på godkjenningfritak inkludert utenlandske pakninger .....	47
3.3.1 Mangelsituasjon - Ozempic.....	49
3.4 H-resept.....	50
3.5 LAR- legemidler.....	52
<b>4. Medisinsk forbruksmateriell og næringsmidler .....</b>	<b>54</b>
<b>5. Apotekavanse for legemidler på godkjenningfritak .....</b>	<b>55</b>
5.1 Legemidler på godkjenningfritak .....	55
5.1.1 Apotekenes rolle.....	55
5.2 Dagens apotekavanse på legemidler på godkjenningfritak.....	55
5.3 Vurdering av dagens ordning .....	56
5.4 Vurderinger av mulige endringer .....	57
5.4.1 Forslag til ny avansemodell.....	57
5.4.2 Alternativ modell hvor DMP fastsetter en maksimal refusjonspris .....	58
5.4.3 Alternativ modell med kontroll av påslag på GIP .....	59
<b>6. Arbeidspriser i apotek.....</b>	<b>60</b>
6.1 Enkel istandgjøring.....	60
6.2 Anbrudd .....	60
6.2.1 Anbrudd på legemidler uten MT .....	61
6.3 Delutlevering .....	62
6.4 Byttetakst H-resept.....	62
<b>7. Mangel og forsyningssikkerhet .....</b>	<b>63</b>
7.1 Legemiddelmangel .....	63
7.2 Rasjonering .....	64
<b>8. Nye tiltak og mulige forbedringspunkter .....</b>	<b>65</b>
8.1 Bytteordningen for biotilsvarende legemidler med trinnpris .....	65
8.1.1 Erfaringer så langt med trinnpris for biologiske legemidler .....	66
8.1.2 Er det behov for endringer i trinnprisordningen?.....	67
8.1.3 Vurdering av samtidig innføring av trinnpris og bytte i apotek .....	67
8.1.4 Anbud som alternativ til trinnpris .....	68
8.2 Tiltak for å sikre forsyning av antibiotika og andre legemidler med sårbar forsyningssituasjon	68
8.2.1 Økning av prisene på utvalgte antibiotika høsten 2023 .....	69
8.2.2 Økning av minstetrinnpriser og styrking av sårbare legemidler .....	72
8.3 Andre mulige tiltak for å sikre tilgang på sårbare legemidler .....	73

8.3.1 Regulering av grossistenes innkjøpspris (GIP).....	73
8.3.2 Offentlig anskaffelse av sårbare legemidler .....	74
<b>9. Regulering av apotekavansen på legemidler .....</b>	<b>75</b>
9.1 Vurdering av modellen for beregning av apotekavanse.....	76
9.1.1 Omlegging av avansemodellen.....	76
9.2 Samlet omsetning i apotek 2020-2023.....	77
9.2.1 Utvikling i avanseregulert legemiddelsalg.....	78
9.2.2 Utvikling i apotekenes viktigste kostnader .....	78
9.2.3 Utvikling i driftsinntekter og driftskostnader etter apotekform .....	81
9.2.4 Soliditet og driftsmargin etter apotekform .....	82
9.3 Samlet vurdering av apotekavansen og virkninger av eventuelle endringer .....	83
9.3.1 Apotekdekning og faglig forsvarlighet .....	83
9.3.2 Pris- og kostnadsutvikling .....	84
9.3.3 Økt ressursbruk.....	84
9.3.4 Apotekenes inntekter fra handelsvarer .....	85
9.3.5 Endring av apotekavansen.....	85
9.3.6 Nærmere konkretisering av forslag til endring og omfordeling i apotekenes inntektsgrunnlag .....	85
9.3.7 Effekten av endret krone- og kjølevaretillegg i avansemodellen .....	86
<b>10. Oversikt over andre forslag i rapporten .....</b>	<b>89</b>
<b>Vedlegg 1.....</b>	<b>91</b>
Endringer i sentrale lover og forskrifter mv .....	91

## Tabeller

Tabell 1: Endringer i antall apotek som er eid av kjedene, frittstående eller har kjedetilknypning. ....	9
Tabell 2: Regnskapsstatistikk alle primærapotek med fullt driftsår (i tusen kr). ....	11
Tabell 3: Kostnadsutvikling for primærapotek med fullt driftsår (i tusen kr). ....	12
Tabell 4: Regnskapsstatistikk primærapotek med fullt driftsår (gj. snitt per apotek, i tusen kr). ....	12
Tabell 5: Regnskapsstatistikk alle heleide kjedeapotek med fullt driftsår (i tusen kr). ....	13
Tabell 6: Regnskapsstatistikk alle deleide/medlemsapotek med fullt driftsår (i tusen kr). ....	14
Tabell 7: Regnskapsstatistikk alle frittstående apotek med fullt driftsår (i tusen kr). ....	15
Tabell 8: Regnskapsstatistikk for alle sykehusapotek med fullt driftsår (i tusen kr). ....	16
Tabell 9: Regnskapsstatistikk for nettapotek med fullt driftsår (i tusen kr). ....	17
Tabell 10: Omsetningsutvikling for primær- og sykehusapotek med fullt driftsår. ....	19
Tabell 11: Nøkkeltall for primærapotek med helt driftsår i 2021 og 2023. ....	20
Tabell 12: Andre nøkkeltall for sykehusapotek med helt driftsår i 2021 og 2023. ....	20
Tabell 13: Årsregnskapsdata for legemiddelgrossister (i mill. kr). ....	21
Tabell 14: Driftsinntekter og driftsresultat for heleide kjedeapotek med fullt driftsår (i mill. kr) ....	21
Tabell 15: Fordeling av sentralitet - primærapotek med helt driftsår 2023 (ekskl. mva.). ....	22
Tabell 16: Primærapotek med helt driftsår - Negativt driftsresultat. ....	23
Tabell 17: Befolkning og antall apotek med fullt driftsår fordelt på sentralitetsklasse. ....	24
Tabell 18: Utvikling i antall ansatte per apotek. ....	25
Tabell 19: Utvikling i antall årsverk i apotek, 2020 – 2023. ....	26
Tabell 20: Andel ubesatte farmasøytårsverk fordelt på apotekform. ....	26
Tabell 21: Årlige klager og meldinger som er innsendt til DMP. ....	27
Tabell 22: Gjennomsnittlig antall reseptekspedisjoner per uke og per farmasøytårsverk. ....	28
Tabell 23: Andre tall – reseptpliktige legemidler med MT. ....	30
Tabell 24: Antall medisinstartsamtaler i perioden 2020-2023. ....	31
Tabell 25: Antall inhalasjonsveiledninger i perioden 2020-2023. ....	32
Tabell 26: Driftsstøtte til distriktsapotek for driftsårene 2019-2023 (i mill. kr). ....	34
Tabell 27: Driftsstøtte til vaktapotek for driftsårene 2019-2023 (i mill. kr). ....	35
Tabell 28: Driftsstøtte til Agilera Pharma i perioden 2020-2024 (i mill. kr). ....	35
Tabell 29: Fraktrefusjonsutbetalinger i perioden 2020-2023. ....	37
Tabell 30: Antall apotek som mottok fraktrefusjon før avviklingen av 50 %-ordningen. ....	38
Tabell 31: Utbetalinger av fraktrefusjon før avviklingen av 50 %-ordningen. ....	38
Tabell 32: Reseptomsetning av reseptpliktige legemidler (mill. kr, omsetning inkl. mva). ....	43
Tabell 33: Antall pakninger solgt på resept (i tusen stk). ....	44
Tabell 34: Avanseregulert legemiddelsalg - Legemidler med MT. ....	44
Tabell 35: Omsetning AUP og antall solgte pakninger i trinnprismarkedet (reseptomsetning). ....	45
Tabell 36: Gjennomsnittlig avanse i trinnprismarkedet. ....	46
Tabell 37: Omsetning og antall solgte pakninger i maksimalprismarkedet (reseptomsetning). ....	46
Tabell 38: Gjennomsnittlig avanse i maksimalprismarkedet. ....	47
Tabell 39: Omsetning og antall solgte pakninger i segment for godkjenningsfritak. ....	48
Tabell 40: Gjennomsnittlig avanse i segment for godkjenningsfritak. ....	49
Tabell 41: Godkjenningsfritak - utvikling av omsetning, avanse og pakninger – alle apotek. ....	49
Tabell 42: Salg av Ozempic med og uten markedsføringstillatelse. ....	49
Tabell 43: Omsetning og antall solgte pakninger på H-resept. ....	50
Tabell 44: Gjennomsnittlig avanse på H-resept legemidler. ....	51
Tabell 45: Omsetning og antall solgte pakninger av LAR-legemidler. ....	52
Tabell 46: Gjennomsnittlig avanse LAR-legemidler. ....	53
Tabell 47: Medisinsk forbruksmaterieell – utvikling i brukere, egenandel og refusjonsbeløp. ....	54
Tabell 48: Næringsmidler – utvikling i brukere, egenandel og refusjonsbeløp. ....	54
Tabell 49: Avanseformelen for godkjenningsfritak før og etter 2019. ....	56
Tabell 50: Årlig utvikling over omsetning og antall pakninger for legemidler på godkjenningsfritak. ....	56

Tabell 51: Oversikt over antall anbrudd i perioden 2021-2023.....	61
Tabell 52: Teriparatid* - skjønnsmessig 2. kutt 44 %.....	65
Tabell 53: Insulin glargin* - skjønnsmessig 2. kutt 30 % .....	65
Tabell 54: Insulin lispro* - 1. kutt 25 % .....	66
Tabell 55: Insulin aspart* - 1. kutt 25 % .....	66
Tabell 56: Liste over virkestoff med fikk prisøkninger.....	69
Tabell 57: Andel av prisøkningen på AIP-nivå som tilfaller leverandørene. ....	70
Tabell 58: Utvikling i avanseformelen siden 2009. ....	76
Tabell 59: Simulert apotekavanse ekskl. mva. (i mill. kr), med 2023-salg og 2017-satser.....	77
Tabell 60: Apotekenes totale omsetning i perioden 2020-2023.....	77
Tabell 61: Apotekenes totale avanseregulerte legemiddelsalg i perioden 2020-2023. ....	78
Tabell 62: Totale kostnader for apotek med fullt driftsår i faste 2023-kroner (i tusen kr).....	79
Tabell 63: Gjennomsnittlige kostnader per apotek i faste 2023-kroner (i tusen kr). ....	79
Tabell 64: Gjennomsnittlige kostnader per heleide kjedeapotek i faste 2023-kroner (i tusen kr).....	79
Tabell 65: Gjennomsnittlige kostnader per kjedetilknyttede apotek i faste 2023-kroner (i tusen kr). ....	80
Tabell 66: Gjennomsnittlige kostnader per frittstående apotek i faste 2023-kroner (i tusen kr). ....	80
Tabell 67: Gjennomsnittlige kostnader per sykehusapotek i faste 2023-kroner (i tusen kr).....	80
Tabell 68: Gjennomsnittlige kostnader per nettapotek i faste 2023-kroner (i tusen kr). ....	80
Tabell 69: Heleide kjedeapotek med fullt driftsår i faste 2023-kroner (i tusen kr). ....	81
Tabell 70: Kjedetilknyttede apotek med fullt driftsår i faste 2023-kroner (i tusen kr).....	81
Tabell 71: Frittstående apotek med fullt driftsår i faste 2023-kroner (i tusen kr). ....	81
Tabell 72: Nettapotek med fullt driftsår i faste 2023-kroner (i tusen kr).....	82
Tabell 73: Sykehusapotek med fullt driftsår i faste 2023-kroner (i tusen kr). ....	82
Tabell 74: Simulering av avanseendringer basert på salgstill fra 2023 (i mill. kr). ....	86
Tabell 75: Avanseendring basert på salgstill fra 2023. ....	87
Tabell 76: Avanseendring ved innføring av 1 % kjølevarer tillegg for legemidler uten MT. ....	87
Tabell 77: Konsekvenser av endringer i avansemodellen for legemidler med MT (i mill. kr). ....	87
Tabell 78: Konsekvenser av endringer i prosenttillegget for legemidler uten MT (i mill. kr). ....	88
Tabell 79: Konsekvenser av endringer i avansemodellen for legemidler uten MT (i mill. kr). ....	88

## Figurer

Figur 1: Grossistenes markedsandeler, målt ved AIP-salg av reseptfrie og reseptpliktige legemidler fra grossist. ....	10
Figur 2: Nettsalg av legemidler og handelsvarer (i tusen kr).....	18
Figur 3: Antall årsverk knyttet til netthandel for Apotek 1, Vitusapotek, Boots Apotek og Farmasiet. ...	18
Figur 4: Antall apotek i Norge per år.....	22
Figur 5: Antall innbyggere per apotek.....	23
Figur 6: Fordeling av salg på de mest omsatte reseptfrie legemidlene, målt i DDD. ....	29
Figur 7: Framskrivninger av antall eldre i år 2050 sammenlignet med i år 2024. ....	30
Figur 8: Omsetningsfordeling i trinnprismarkedet (i mill. 2023-kr).....	45
Figur 9: Omsetningsfordeling i maksimalprismarkedet (i mill. 2023-kr). ....	47
Figur 10: Omsetningsfordeling i segment for godkjenningsfritak (i mill. 2023-kr). ....	48
Figur 11: Omsetningsfordeling av H-resept legemidler (i mill. 2023-kr). ....	51
Figur 12: Omsetningsfordeling av LAR-legemidler med MT (i mill. 2023-kr). ....	52
Figur 13: Antall rapporterte legemiddelmangler til DMP i perioden 2020-2023. ....	63
Figur 14: Soliditet for ulike apotekformer i perioden 2020-2022. ....	82
Figur 15: Driftsmargin for ulike apotekformer i perioden 2020-2022.....	83

# 1. Innledning og oppsummering

## 1.1 Innledning

I henhold til St.meld. nr. 18 (2004–2005) skal apotekavansen evalueres hvert fjerde år.

Apotekavansen ble sist evaluert i 2020. I Helse- og omsorgsdepartementets tildelingsbrev til Direktoratet for medisinske produkter (DMP) for 2024 heter det at Direktoratet for medisinske produkter skal

- evaluere apotekavanse samt markedet for legemiddelforsyning
- bidra inn i oppfølgingen av NOU 2023:2 Fremtidens Apotek

Det ble presisert i tildelingsbrevet at oppdragene vil bli spesifisert i løpende dialog med direktoratet, og det har vært avholdt et dialogmøte mellom DMP og Helse- og omsorgsdepartementet. Departementet har skissert nedenstående utredningsoppdrag som er behandlet i denne avanserapporten, jf. møte av 19. mars 2024 og e-post fra HOD til DMP av 29. april 2024.

### **Utredningsoppdrag – rammevilkår**

*Departementet ber DMP evaluere apotek- og grossistaktørenes samlede rammevilkår, samt rammevilkår for ulike apotekformer, herunder kjedeeide og kjedetilknyttede apotek, nettapotek, frittstående apotek og sykehusapotek. Evalueringen skal også se hen til relevante funn fra apotekundersøkelsen.*

*DMP skal videre evaluere ordningene for driftstøtte til apotek og fraktrefusjonsordningen. Departementet ber om en særskilt vurdering av forslaget om endringer i fraktrefusjonsordningen som ligger i NOU 2023:2. Eventuelle funn fra apotekundersøkelsen som er gjennomført våren 2024 bes synliggjort og hensyntatt i vurderingene.*

### **Utredningsoppdrag - pris- og avanseregulering**

*Departementet viser til innføring av bytte av biotilsvarende legemidler i apotek samt opptak av biotilsvarende legemidler i trinnprisordningen i 2021. DMP bes om en oppsummering av erfaringer med biotilsvarende legemidler i trinnprisordningen samt en vurdering av behov for ev. justeringer i ordningen.*

*Departementet ber videre om en oppsummering av gjennomførte tiltak for eldre legemidler i trinnprisordningen og for antibiotika. Vi ber videre om en vurdering av behovet for regelverksendringer.*

*Utviklingen av samlet avanse skal synliggjøres. Departementet ber videre om en sammenligning av utviklingen i apotekavanse med nåværende avansemodell med utviklingen slik den ville ha vært de siste årene dersom man legger til grunn gammel avansemodell før omleggingen av apotekavansen i 2018.*

*Departementet ber om en gjennomgang av dagens pris- og avanseregulering for uregistrerte legemidler og en vurdering av behovet for endringer.*

*Evalueringen skal oversendes innen 1. desember 2024.*

Så langt det er hensiktsmessig er det tilstrebet at denne rapporten følger samme struktur som «Evalueringen av apotekavansen 2020». Samtidig er øvrige temaer som Helse- og omsorgsdepartementet ønsker belyst og utredet, flettet inn i rapporten på mest mulig egnet sted.

## 1.2 Dialog med markedsaktørene

I arbeidet med rapporten om apotekavanse, og oppfølgingen av NOU 2023:2 Fremtidens apotek, har det vært avholdt et felles dialogmøte med markedsaktørene. Bransjerepresentanter fra Apotekforeningen, Legemiddelgrossistforeningen, Legemiddelindustriforeningen og Farma Norge deltok. Det har også blitt avholdt et separat møte med Apotekforeningen på et senere tidspunkt, og DMP har ellers hatt dialog med bransjeforeningene etter behov.

DMP har mottatt skriftlige innspill fra Apotekforeningen, Grossistforeningen og Farma Norge som belyser ulike temaer og synspunkter. Enkelte tallgrunnlag og analyser, som ellers ikke ville vært tilgjengelig for DMP, er innhentet fra Apotekforeningen. Disse har vært et nyttig supplement til DMPs egen apotekstatistikk, data fra Folkehelseinstituttet, og analyser og databearbeiding fra Oslo Economics.

DMP er takknemlig for dialogen og viktige bidrag fra bransjeorganisasjonene og deres medarbeidere. Dette mener vi har bidratt til å styrke rapporten, samtidig kan det forhåpentligvis bidra til mest mulig felles forståelse av faktagrunnlaget.

## 1.3 Oppsummering

De overordnede formål ved apotekavansen ble formulert i oppsummeringen Legemiddelverkets evaluering av apotekavansen i 2020, jf. *Evaluering av apotekavanse 2020*:

*«Apotekavansen skal dekke kostnader apoteket har i forbindelse med lovpålagte oppgaver og plikter knyttet til resept- og varehåndteringen. Disse oppgavene er utdypet i lover, forskrifter og rundskriv. Apotekavansen må ses på som en del av de samlede rammevilkår som skal skape grunnlag for avkastning til eierne av apotekene i Norge.»*

DMP vurderer at de overordnede formål og premisser for apotekavansen fra 2020, fortsatt er gyldige for gjennomgangen av apotekavansen i 2024. Utover de formål som beskrives ovenfor er apotekavansen et virkemiddel i apotekpolitikken som påvirker hvor, og hvor mange, apotek som etableres og nedlegges. De økonomiske rammebetingelsene vil også kunne innvirke på den apotekfaglige standarden.

Etter flere år med sterk etableringstakt av apotek i sentrale strøk, har det nå vært en utflating i antall apotek. Denne utviklingen er nærmere beskrevet i denne rapportens kapittel 2.6. At et forholdsvis stort antall apotek i sentrale strøk drives med underskudd, tyder på en viss overetablering. En overetablering kan føre til svakere apotek, både faglig og økonomisk. Dette skyldes at kvalifisert apotekpersonale ofte er en knapp ressurs, og at apotekenes markeds- og inntektgrunnlag har klare rammer. Til tross for at det faglige nivået i norske apotek gjennomgående er godt, tyder også DMPs apotekundersøkelse på at en del apotek har for lav bemanning i forhold til antall kunder. Dette kan redusere muligheten til å levere gode apotekfaglige tjenester, for eksempel ved at det ikke blir tilstrekkelig tid til veiledning. Samtidig fremstår antall resepthåndteringer i en del tilfeller som uforsvarlig høyt i forhold til farmasøytbemanningen.

Det er nærliggende å anta at vertikal integrasjon mellom apotekkjeder og grossister, er en medvirkende årsak til utviklingen mot at flere apotek i sentrale strøk går med underskudd. En slik utvikling muliggjøres av at grossistene i vertikalt integrerte apotek-grossistkjeder har en betydelig inntjening, som kan mer enn oppveie for tap hos apotek i en kjede med felles eier. Det anbefales videre at det gjennomføres et prosjekt for å vurdere dagens modell med vertikalt integrerte apotekkjeder, og eventuelle behov for endringer. I rapportens kapittel 2.7 er det redegjort for mulige tiltak for å styrke bemanning og apotekfaglig utvikling gjennom en bemanningsnorm, og konkretisering og styrking av krav til markeds- og inntektgrunnlag for fremtidige apoteketableringer i sentrale strøk.



Gjennomgangen av senere års apotekregnskap, viser at det har vært en kostnadsvekst i viktige kostnadsposter som leie av lokaler og andre driftskostnader i apotek, særlig i 2022 og 2023. På andre områder har kostnadsveksten vært mer beskjedent, for eksempel for personalkostnader. Svak kronekurs mot euro har i tillegg vært en kostnadsdrivende faktor for apotekene de siste årene. Samtidig har det vært en omsetningsvekst i perioden målt i 2023-kroner.

Samlet sett legger DMP til grunn at det kan være behov for en moderat økning i apotekavansen. En årlig KPI-justering av kronetillegget vurderes ikke som hensiktsmessig, og det forventes at apotekkjedene også selv bidrar med tiltak for å øke lønnsomheten.

Dersom apotekavansen skal økes, har DMP vurdert at det prosentvise påslaget i apotekavansen ikke bør endres, men at det vil være mest hensiktsmessig å gjøre en endring gjennom i) en økning i kronetillegget per pakning, og ii) en økning i kjølevaretillegget:

i) En økning i kronetillegget per pakning er knyttet til:

- En delvis kompensasjon for økte kostnader.
- Merarbeid i forbindelse med mangelsituasjoner og forfalskningsdirektivet.
- En delvis kompensasjon for DMPs forslag om å redusere den prosentvise apotekavansen for legemidler uten markedsføringstillatelse (MT), da dette i dag utgjør en del av apotekenes inntekter, slik det er omtalt i rapportens kapittel 5.4.1.

ii) En økning i kjølevaretillegget foreslås for å:

- Kompensere for kostnader til oppbevaring og håndtering av kjølevarer i alle landets apotek.
- Bidra til å øke apotekenes insentiver med å sikre kjølekjeden.
- Stimulere nettapotek til å styrke forsendelser av kjølevarer.

I forslaget til statsbudsjett for 2025 er det foreslått at legemiddeldetaljistavgiften reduseres fra 0,3 % til 0,25 %, Dette vil redusere apotekenes utgifter, jf. kapittel 2.11.

Rapportens kapittel 9.3 inneholder scenarier over hvordan endring av forskjellige parametere i avanseformelen vil slå ut. Scenariene er ikke å anse som tilrådninger.

Kapittel 10 inneholder en oversikt og kort sammendrag av andre utredningsoppdrag og tilrådninger som inngår i denne rapporten.

## 2. Beskrivelse av apotekbransjen

I dette kapitlet gir vi en oversikt og beskrivelse av apotekbransjen i tekst og tall. Fremstillingen er i stor grad lagt opp og presentert som i forrige apotekavanserapport, og dekker perioden 2020 – 2023. I tillegg behandles også oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, som er gitt i forbindelse med oppfølging av «NOU 2023:2 Fremtidens apotek – fleksibelt og forsvarlig».

### 2.1 Organisering og utvikling

Det er tre store apotekkjeder i Norge: Apotek 1, Vitusapotek og Boots Apotek. I desember 2023 var det 1054 apotek i Norge. Av disse var 78,0 % eid av kjedene, og 15,7 % hadde tilknytning til en av dem (kjedetilknyttede apotek), enten som medlemsapotek eller deleid. Sykehusapotekene utgjør 3,2 % av alle apotek, mens andelen frittstående apotek var 3,0 %. Frittstående apotek har ingen tilknytning til apotekkjedene.

Det er tre fullsortimentsgrossister i Norge, og disse er vertikalt integrert med apotekkjedene:

- Norsk Medisinaldepot AS (NMD) er vertikalt integrert med Vitusapotek og Ditt Apotek.
- Apokjeden Distribusjon AS er vertikalt integrert med Apotek 1.
- Alliance Healthcare Norge AS (AHN) er vertikalt integrert med Boots Apotek.

Tabell 1 viser utvikling av antall apotek per år, fordelt på kjede og apotektype.

**Tabell 1: Endringer i antall apotek som er eid av kjedene, frittstående eller har kjedetilknytning.**

År	Apotek 1	Vitusapotek	Boots	Samarbeids-/medlemsapotek	Sykehusapotek	Frittstående	Sum
2020	381	264	151	137	32	30	995
2021	393	268	150	158	33	31	1033
2022	390	271	151	169	33	31	1045
2023	397	277	150	163	34	33	1054
2024*	389	284	147	165	34	32	1051

\* Fordeling per juli 2024.

Kilde: DMPs apotekoversikt.

Oversikten viser en liten nedgang i antall apotek i første halvår 2024. Apotek 1 og Boots Apotek har færre apotek i første halvår 2024, mens antall heleide Vitusapotek har økt. Det er per juli 2024, 32 frittstående apotek - noe som er to flere enn i 2020, men samtidig ett mindre enn i 2023. Antall sykehusapotek har økt fra 32 i 2020 til 34 i 2024. Antall samarbeids-/medlemsapotek har økt fra 137 i 2020 til 165 i 2024.

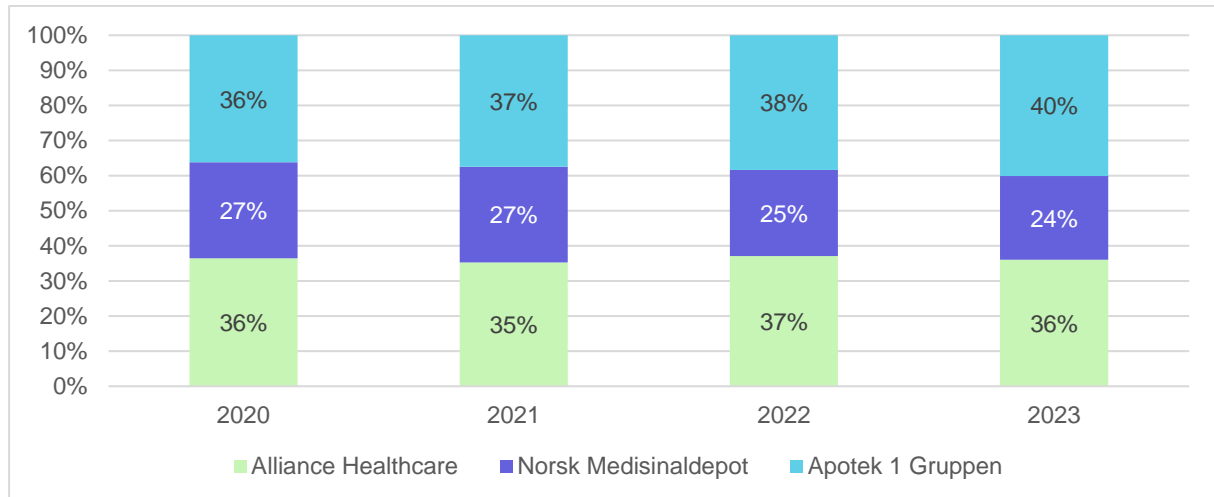
To av apotekene er store multidoseapotek: Apotek 1 Skårersletta og Vitusapotek AB. Ifølge DMPs apotekundersøkelse står disse for 43 % av alle multidoseresepter i Norge i 2023.

I slutten av 2023 var det registrert 18 nettapotek. To frittstående apotek og sykehusapotekene til helseforetakene var i tillegg registrert som klikk og hent-apotek.

## 2.1.1 Grossistenes markedsandel

Figur 1 viser en oversikt over utviklingen av markedsandeler hos de tre store fullsortimentsgrossistene de siste 4 årene, basert på samlet AIP-salg fra grossist til apotek av reseptpliktige og reseptfrie legemidler. Markedsandelene har vært stabile de siste fire årene. Apokjeden Distribusjon AS/Apotek 1 Gruppen har økt sin andel noe, mens andelen til Norsk Medisinaldepot har gått litt ned.

**Figur 1: Grossistenes markedsandeler, målt ved AIP-salg av reseptfrie og reseptpliktige legemidler fra grossist.**



**Kilde: Oslo Economics, basert på rådata fra FHIs legemiddelgrossiststatistikk.**

Grossistene leverer legemidler i all hovedsak til apotekene innenfor sin egen vertikalt integrerte kjede, og gjennom forskjellige avtaler i både privat og offentlig sektor. NMD leverer i tillegg til Ditt apotek, og Alliance Healthcare leverer til frittstående apotek tilknyttet Apotekergruppen.

Endringer i grossistenes markedsandeler skjer i stor grad når leveringsavtaler endres. Avtaler med helseforetakene og med kommuner er eksempler på slike avtaler. Fra 01.01.2017 leverte NMD H-reseptlegemidler til alle primærapotek, unntatt Apotek 1. Fra høsten 2022 ble dette endret slik at alle de tre grossistene distribuerer til sine egne apotek og til frittstående apotek uten kjedetilknypning.

Gjennom hele perioden 2020-2024 har Alliance Healthcare vært grossist for legemidler til bruk i sykehusene og til publikumsavdelingene i sykehusapotekene (inkludert H-reseptlegemidler). Det er vanlig at kommuner slår seg sammen i anbud om legemidler til multidosepakking til sykehjem og hjemmetjenesten. Slike store anbud kan påvirke markedsandelen til grossistene.

## 2.2 Økonomien hos apotek og grossister

### 2.2.1 Regnskapsstatistikk fra primærapotek

Apotekstatistikken til DMP baserer seg på innrapporterte regnskapstall for det enkelte apoteks totalomsetning i regnskapsåret. Regnskapsmaterialet bygger på informasjon om enkeltapotek, etter retningslinjer fastsatt av DMP.

Tabell 2 viser sentrale nøkkeltall for primærapotek, inkludert nettapotek, med fullt driftsår fra 2020 til og med 2023. I beregningene av de økonomiske nøkkeltallene er det kun inkludert apotek med hele driftsår. Dermed er ikke oppstartskostnader for nye apotek, samt ekstraordinære inntekter for apotek som er solgt i løpet av året, en del av beregningsgrunnlaget. Alle tall er uten merverdiavgift.

Tabell 2: Regnskapsstatistikk alle primærapotek med fullt driftsår (i tusen kr).

	2020	2021	2022	2023	Endring i perioden
<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>25 962 899</b>	<b>28 131 092</b>	<b>29 714 097</b>	<b>32 486 137</b>	<b>25,1 %</b>
Sum inngående balanse	1 654 262	1 760 135	1 880 310	1 866 753	12,8 %
Varekjøp	18 508 688	20 178 223	21 282 921	23 503 040	27,0 %
Sum utgående balanse	1 762 815	1 865 177	1 876 995	2 053 595	16,5 %
Vareforbruk	18 400 135	20 073 181	21 286 236	23 316 198	26,7 %
Legemiddeldetaljstavgift	38 730	48 105	51 108	57 329	48,0 %
<b>Sum vareforbruk</b>	<b>18 438 865</b>	<b>20 121 286</b>	<b>21 337 344</b>	<b>23 373 527</b>	<b>26,8 %</b>
Sum personalkostnader	4 302 624	4 539 094	4 733 230	5 045 280	17,3 %
Sum ordinære avskrivninger	296 411	258 618	247 159	235 490	-20,6 %
Sum lokalkostnader	843 038	873 454	948 082	1 186 578	40,8 %
Sum andre driftskostnader	1 520 444	1 764 841	1 848 714	2 138 565	40,7 %
<b>Sum driftskostnader</b>	<b>25 401 382</b>	<b>27 557 293</b>	<b>29 114 529</b>	<b>31 979 440</b>	<b>25,9 %</b>
<b>Sum driftsresultat</b>	<b>561 517</b>	<b>573 799</b>	<b>599 568</b>	<b>506 697</b>	<b>-9,8 %</b>
Finansinntekter	28 985	-30 842	-17 278	-34 167	-217,9 %
Finanskostnader	-68 402	9 424	-8 590	-16 445	76,0 %
Netto finanskostnader	-39 417	-21 418	-25 868	-50 612	-28,4 %
Resultat før driftsstøtte	522 032	552 599	573 700	456 054	-12,6 %
Driftsstøtte	2 715	3 072	3 762	4 408	62,4 %
<b>Sum apotekenes overskudd</b>	<b>524 747</b>	<b>555 671</b>	<b>577 462</b>	<b>460 462</b>	<b>-12,3 %</b>
Avskrivning goodwill	188 563	228 261	132 456	127 802	-32,2 %
<b>Antall apotek</b>	<b>951</b>	<b>969</b>	<b>986</b>	<b>984</b>	<b>3,5 %</b>
Høyeste overskudd	██████	██████	██████	██████	
Laveste overskudd	██████	██████	██████	██████	
Gj.snittlig overskudd per apotek	552	573	586	468	
Konsumprisindeksen	1,4 %	4,2 %	6,9 %	4,7 %	

\*Beløp er ekskludert merverdiavgift i nominelle kroner. Boots Norge AS har regnskapsår som avviker fra kalenderåret, med regnskapsperiode fra 1. september til 31. august. Ekstraordinær finanskostnad er ekskludert fra grunnlaget, da det ikke er knyttet til apotekdrift.

Kilde: DMPs apotekstatistikk.

Apotekenes samlede driftsinntekter økte med 25,1 % i perioden, mens driftsresultatet hadde en nedgang på 9,8 %, jf. tabell 2. Til tross for økte samlede driftsinntekter er det et tydelig trekk at mange sentrale apotek går med underskudd. Antall apotek som har hatt et fullt driftsår var stabilt fra 2022 til

2023. Det totale overskuddet for primærapotekene med fullt driftsår har sunket i perioden, til tross for uvanlig høyt salg av Ozempic i 2023.

Tabell 3 viser utviklingen i apotekenes kostnader. Vareforbruket og driftskostnader har økt med henholdsvis 26,8 % og 25,9 %, mens andre driftskostnader og lokalkostnader har økt med rundt 41 %.

**Tabell 3: Kostnadsutvikling for primærapotek med fullt driftsår (i tusen kr).**

	2020	2021	2022	2023	Endring i perioden
Sum vareforbruk	18 438 865	20 121 286	21 337 344	23 373 527	26,8 %
Sum personalkostnader	4 302 624	4 539 094	4 733 230	5 045 280	17,3 %
Sum ordinære avskrivninger	296 411	258 618	247 159	235 490	-20,6 %
Sum lokalkostnader	843 038	873 454	948 082	1 186 578	40,8 %
Sum andre driftskostnader	1 520 444	1 764 841	1 848 714	2 138 565	40,7 %
Sum driftskostnader	25 401 382	27 557 293	29 114 529	31 979 440	25,9 %
<b>Sum</b>	<b>50 802 764</b>	<b>55 114 586</b>	<b>58 229 059</b>	<b>63 958 880</b>	<b>25,9 %</b>
Antall apotek	951	969	986	984	3,5 %
Gj.snitt. driftskost. per apotek	26 710	28 439	29 528	32 499	21,7 %

Kilde: DMPs apotekstatistikk.

Tabell 4 viser gjennomsnittlig regnskapstall fordelt på antall apotek med fullt driftsår i perioden.

**Tabell 4: Regnskapsstatistikk primærapotek med fullt driftsår (gj. snitt per apotek, i tusen kr).**

	2020	2021	2022	2023	Endring i perioden
<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>27 301</b>	<b>29 031</b>	<b>30 136</b>	<b>33 014</b>	<b>20,9 %</b>
Sum inngående balanse	1 739	1 816	1 907	1 897	9,1 %
Varekjøp	19 462	20 824	21 585	23 885	22,7 %
Sum utgående balanse	1 854	1 925	1 904	2 087	12,6 %
Vareforbruk	19 348	20 715	21 588	23 695	22,5 %
Legemiddeldetaljstavgift	41	50	52	58	43,1 %
<b>Sum vareforbruk</b>	<b>19 389</b>	<b>20 765</b>	<b>21 640</b>	<b>23 754</b>	<b>22,5 %</b>
Sum personalkostnader	4 524	4 684	4 800	5 127	13,3 %
Sum ordinære avskrivninger	312	267	251	239	-23,2 %
Sum lokalkostnader	886	901	962	1 206	36,0 %
Sum andre driftskostnader	1 599	1 821	1 875	2 173	35,9 %
<b>Sum driftskostnader</b>	<b>26 710</b>	<b>28 439</b>	<b>29 528</b>	<b>32 499</b>	<b>21,7 %</b>
<b>Sum driftsresultat</b>	<b>590</b>	<b>592</b>	<b>608</b>	<b>515</b>	<b>-12,8 %</b>
Finansinntekter	30	-32	-18	-35	-213,9 %
Finanskostnader	-72	10	-9	-17	76,8 %
Netto finanskostnader	-41	-22	-26	-51	-24,1 %
Resultat før driftsstøtte	549	570	582	463	-15,6 %
Driftsstøtte	3	3	4	4	56,9 %
<b>Sum apotekenes overskudd</b>	<b>552</b>	<b>573</b>	<b>586</b>	<b>468</b>	<b>-15,2 %</b>
Avskrivning goodwill	198	236	134	130	-34,5 %
Konsumprisindeksen	1,4 %	4,2 %	6,9 %	4,7 %	

Kilde: DMPs apotekstatistikk.

Personalkostnader har i gjennomsnitt økt med 13,3 % per apotek, mens de totale kostnader per apotek har gått opp med 21,7 % i snitt, jf. tabell 4. I samme periode steg driftsinntektene med 20,9 % i gjennomsnitt per apotek, men gjennomsnittlig overskudd har hatt en nedgang i perioden.

## 2.3 Utvikling i ulike apotekformer

Dette kapitlet gir en oversikt over utviklingen i økonomiske nøkkeltall for forskjellige typer apotek, fordelt på heleide kjedeapotek, deleide/medlemsapotek, frittstående apotek, sykehusapotek og nettapotek.

### 2.3.1 Heleide kjedeapotek med fullt driftsår

Tabell 5 viser økonomiske nøkkeltall for heleide kjedeapotek med fullt driftsår, ekskludert apotek som er registrert som nettapotek i slutten av året.

Tabell 5: Regnskapsstatistikk alle heleide kjedeapotek med fullt driftsår (i tusen kr).

	2020	2021	2022	2023	Endring i perioden
<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>22 108 934</b>	<b>23 552 068</b>	<b>24 996 319</b>	<b>27 124 976</b>	<b>22,7 %</b>
Sum inngående balanse	1 454 898	1 516 292	1 596 426	1 576 441	8,4 %
Varekjøp	15 524 876	16 711 937	17 800 539	19 523 908	25,8 %
Sum utgående balanse	1 516 929	1 583 819	1 582 190	1 722 745	13,6 %
Vareforbruk	15 462 845	16 644 410	17 814 776	19 377 604	25,3 %
Legemiddeldetaljstavgift	32 923	39 902	44 037	49 954	51,7 %
<b>Sum vareforbruk</b>	<b>15 495 768</b>	<b>16 684 312</b>	<b>17 858 813</b>	<b>19 427 558</b>	<b>25,4 %</b>
Sum personalkostnader	3 710 014	3 854 511	4 027 033	4 295 873	15,8 %
Sum ordinære avskrivninger	258 655	223 887	207 970	203 331	-21,4 %
Sum lokalkostnader	766 353	786 605	844 469	1 063 415	38,8 %
Sum andre driftskostnader	1 197 950	1 423 344	1 429 745	1 718 047	43,4 %
<b>Sum driftskostnader</b>	<b>21 428 740</b>	<b>22 972 659</b>	<b>24 368 031</b>	<b>26 708 224</b>	<b>24,6 %</b>
<b>Sum driftsresultat</b>	<b>680 194</b>	<b>579 409</b>	<b>628 288</b>	<b>416 752</b>	<b>-38,7 %</b>
Finansinntekter	17 731	-32 073	-19 706	-39 927	-325,2 %
Finanskostnader	-54 166	13 469	1 455	-1 399	97,4 %
Netto finanskostnader	-36 435	-18 604	-18 251	-41 326	-13,4 %
Resultat før driftsstøtte	643 759	560 805	610 037	375 426	-41,7 %
Driftsstøtte	637	1 450	1 952	4 037	533,8 %
<b>Sum apotekenes overskudd</b>	<b>644 396</b>	<b>562 255</b>	<b>611 989</b>	<b>379 463</b>	<b>-41,1 %</b>
Avskrivning goodwill	185 631	224 366	129 241	121 538	-34,5 %
<b>Antall apotek</b>	<b>794</b>	<b>793</b>	<b>801</b>	<b>801</b>	<b>0,9 %</b>
Høyeste overskudd	■	■	■	■	
Laveste overskudd	■	■	■	■	
Gj.snitt. overskudd per apotek	812	709	764	474	
Konsumprisindeksen	1,4 %	4,2 %	6,9 %	4,7 %	

\* Beløp er ekskludert merverdiavgift i nominelle kroner. Boots Norge AS har regnskapsår som avviker fra kalenderåret, med regnskapsperiode fra 1. september til 31. august.

Kilde: DMPs apotekstatistikk.

Antall heleide kjedeapotek med fullt driftsår økte noe i starten av perioden, og holdt seg stabilt på 801 apotek i 2022 og 2023. Driftsinntektene i perioden har gått opp, men nesten alle kostnader har økt, slik at overskuddet falt med 41,1 %. Det samlede overskuddet i kjedeapotekene var på 379,5 millioner kroner i 2023.

### 2.3.2 Kjedetilknyttede apotek med fullt driftsår

Tabellen nedenfor viser at antall kjedetilknyttede apotek økte fra 2020 til 2022 med 31 nye apotek med fullt driftsår, mens fra 2022 til 2023 var antallet redusert med fem apotek til 147. Samlede driftsinntekter steg med 57,8 %, og overskuddet i nominelle kroner steg med 67,5 %, jf. tabell 6. Kostnadene steg med i gjennomsnitt 49,5 % per kostnadstype.

**Tabell 6: Regnskapsstatistikk alle deleide/medlemsapotek med fullt driftsår (i tusen kr).**

	2020	2021	2022	2023	Endring i perioden
<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>2 008 498</b>	<b>2 480 051</b>	<b>2 851 952</b>	<b>3 169 572</b>	<b>57,8 %</b>
Sum inngående balanse	140 681	164 927	207 743	200 213	42,3 %
Varekjøp	1 468 687	1 850 393	2 096 259	2 357 058	60,5 %
Sum utgående balanse	163 438	199 082	206 973	226 110	38,3 %
Vareforbruk	1 445 930	1 816 238	2 097 029	2 331 161	61,2 %
Legemiddeldetaljstavgift	3 460	4 287	4 983	5 076	46,7 %
<b>Sum vareforbruk</b>	<b>1 449 390</b>	<b>1 820 525</b>	<b>2 102 013</b>	<b>2 336 237</b>	<b>61,2 %</b>
Sum personalkostnader	341 477	401 638	464 818	482 799	41,4 %
Sum ordinære avskrivninger	14 400	15 923	23 070	18 047	25,3 %
Sum lokalkostnader	55 879	65 187	80 063	87 963	57,4 %
Sum andre driftskostnader	64 671	81 068	99 848	99 829	54,4 %
<b>Sum driftskostnader</b>	<b>1 925 817</b>	<b>2 384 341</b>	<b>2 769 811</b>	<b>3 024 875</b>	<b>57,1 %</b>
<b>Sum driftsresultat</b>	<b>82 681</b>	<b>95 710</b>	<b>82 141</b>	<b>144 697</b>	<b>75,0 %</b>
Finansinntekter	3 128	1 659	1 693	3 592	14,8 %
Finanskostnader	-2 591	-3 045	-5 459	-6 502	-151,0 %
Netto finanskostnader	537	-1 386	-3 766	-2 910	-641,5 %
Resultat før driftsstøtte	83 145	94 245	78 375	141 768	70,5 %
Driftsstøtte	1 698	1 622	1 810	371	-78,2 %
<b>Sum apotekenes overskudd</b>	<b>84 843</b>	<b>95 867</b>	<b>80 185</b>	<b>142 139</b>	<b>67,5 %</b>
Avskrivning goodwill	-	-	98	-	0,0 %
<b>Antall apotek</b>	<b>121</b>	<b>141</b>	<b>152</b>	<b>147</b>	<b>21,5 %</b>
Høyeste overskudd	■	■	■	■	
Laveste overskudd	■	■	■	■	
Gj.snittlig overskudd per apotek	701	680	528	967	
Konsumprisindeksen	1,4 %	4,2 %	6,9 %	4,7 %	

\* Beløp er ekskludert merverdiavgift i nominelle kroner.

Kilde: DMPs apotekstatistikk.

### 2.3.3 Frittstående apotek med fullt driftsår

I utgangen av 2023 var det 24 frittstående apotek (ekskludert nettapotek), en liten økning på tre apotek fra 2020. Driftsinntektene økte med 38,0 % i perioden, og overskuddet steg med 7,2 %, jf. tabell 7. Lokalkostnadene steg med 62,9 %. Gjennomsnittlig overskudd er vesentlig høyere for frittstående apotek enn kjedeapotek.

Tabell 7: Regnskapsstatistikk alle frittstående apotek med fullt driftsår (i tusen kr).

	2020	2021	2022	2023	Endring i perioden
<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>318 203</b>	<b>376 406</b>	<b>402 431</b>	<b>439 249</b>	<b>38,0 %</b>
Sum inngående balanse	20 135	24 500	27 613	26 908	33,6 %
Varekjøp	231 327	276 616	294 037	325 936	40,9 %
Sum utgående balanse	22 589	26 079	27 785	29 796	31,9 %
Vareforbruk	228 873	275 037	293 865	323 048	41,1 %
Legemiddeldetaljstavgift	624	584	736	971	55,6 %
<b>Sum vareforbruk</b>	<b>229 497</b>	<b>275 621</b>	<b>294 534</b>	<b>324 019</b>	<b>41,2 %</b>
Sum personalkostnader	48 596	53 982	60 740	67 818	39,6 %
Sum ordinære avskrivninger	1 694	1 763	1 823	1 633	-3,6 %
Sum lokalkostnader	7 479	8 363	11 388	12 182	62,9 %
Sum andre driftskostnader	12 646	13 580	13 471	13 530	7,0 %
<b>Sum driftskostnader</b>	<b>299 912</b>	<b>353 309</b>	<b>381 956</b>	<b>419 182</b>	<b>39,8 %</b>
<b>Sum driftsresultat</b>	<b>18 291</b>	<b>23 097</b>	<b>20 475</b>	<b>20 067</b>	<b>9,7 %</b>
Finansinntekter	62	113	150	341	450,0 %
Finanskostnader	-459	-431	-409	-797	-73,6 %
Netto finanskostnader	-397	-318	-259	-456	14,9 %
Resultat før driftsstøtte	17 899	23 076	20 216	19 599	9,5 %
Driftsstøtte	380	-	-	-	-
<b>Sum apotekenes overskudd</b>	<b>18 279</b>	<b>23 076</b>	<b>20 216</b>	<b>19 599</b>	<b>7,2 %</b>
Avskrivning goodwill	-	-	8	8	0,0 %
<b>Antall apotek</b>	<b>21</b>	<b>21</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>14,3 %</b>
Høyeste overskudd	■	■	■	■	
Laveste overskudd	■	■	■	■	
Gj.snittlig overskudd per apotek	870	1 099	879	817	
Konsumprisindeksen	1,4 %	4,2 %	6,90 %	4,70 %	

\* Beløp er ekskludert merverdiavgift i nominelle kroner.

Kilde: DMPs apotekstatistikk.



### 2.3.4 Sykehusapotek med fullt driftsår

I 2023 var det 33 sykehusapotek med fullt driftsår. Driftsinntektene steg med 22,3 % i perioden, mens overskuddet falt betydelig, med 62,7 %, jf. tabell 8. I slutten av 2023 ble det opprettet et nytt sykehusapotek, Aker sykehusapotek.

Tabell 8: Regnskapsstatistikk for alle sykehusapotek med fullt driftsår (i tusen kr).

	2020	2021	2022	2023	Endring i perioden
<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>7 111 596</b>	<b>7 703 367</b>	<b>8 203 418</b>	<b>8 694 575</b>	<b>22,3 %</b>
Sum inngående balanse	267 994	294 690	290 545	370 478	38,2 %
Varekjøp	5 748 764	6 142 020	6 525 135	6 884 027	19,7 %
Sum utgående balanse	294 409	289 036	310 091	384 395	30,6 %
Vareforbruk	5 722 349	6 147 674	6 505 589	6 870 110	20,1 %
Legemiddeldetaljistavgift	15 659	17 489	18 466	33 020	110,9 %
<b>Sum vareforbruk</b>	<b>5 738 008</b>	<b>6 165 163</b>	<b>6 524 055</b>	<b>6 903 130</b>	<b>20,3 %</b>
Sum personalkostnader	965 534	1 043 380	1 130 055	1 252 620	29,7 %
Sum ordinære avskrivninger	38 108	35 471	40 197	36 514	-4,2 %
Sum lokalkostnader	73 852	78 126	89 873	101 386	37,3 %
<b>Sum andre driftskostnader</b>	<b>248 676</b>	<b>274 265</b>	<b>333 397</b>	<b>394 846</b>	<b>58,8 %</b>
<b>Sum driftskostnader</b>	<b>7 064 178</b>	<b>7 596 405</b>	<b>8 117 577</b>	<b>8 688 496</b>	<b>23,0 %</b>
Sum driftsresultat	47 418	106 962	85 841	6 079	-87,2 %
Finansinntekter	3 180	1 329	7 169	12 567	295,2 %
Finanskostnader	630	85	329	751	19,2 %
Netto finanskostnader	3 810	1 414	7 498	13 318	249,6 %
Resultat før driftsstøtte	51 228	108 376	93 257	19 088	-62,7 %
Driftsstøtte	-	-	-	-	-
<b>Sum apotekenes overskudd</b>	<b>51 228</b>	<b>108 376</b>	<b>93 257</b>	<b>19 088</b>	<b>-62,7 %</b>
Avskrivning goodwill	-	-	-	-	-
<b>Antall apotek</b>	<b>32</b>	<b>32</b>	<b>33</b>	<b>33</b>	<b>3,1 %</b>
Høyeste overskudd	██████	██████	██████	██████	
Laveste overskudd	██████	██████	██████	██████	
Gj.snittlig overskudd per apotek	1 601	3 387	2 826	578	
Konsumprisindeksen	1,4 %	4,2 %	6,9 %	4,7 %	

\* Beløp er ekskludert merverdiavgift i nominelle kroner.

Kilde: DMPs apotekstatistikk.

### 2.3.5 Nettopotek med fullt driftsår

Fra oktober 2016 ble det åpnet for salg av reseptpliktige legemidler på nett. I henhold til apotekforskriften § 42, defineres nettopotek når avtale om kjøp formidles elektronisk og inngås uten at kunden fysisk er til stede i apoteket.

Alle apotek som selger legemidler over internett, må være registrert hos DMP. I 2023 var det 18 registrerte nettopotek. Alle sykehusapotek som tilhørte helseforetakene i 2023, samt to primærapotek var i tillegg registrert som klikk og hent-apotek.

Apotek som var registrert som nettopotek i slutten av hvert år, er trukket ut til dette delkapittelet. Alle nettopotek er pålagt å ha fysiske lokaler, tilsvarende som for andre apotek der kunder kan besøke apoteket for å få veiledning og få utlevert apotekvarer som ikke kan sendes i posten. Tabell 9 viser derfor rapportert omsetning for både salg i det fysiske apoteket og nettsalg. Omsetning fra apotek som kun samarbeider med leveringsbedriftene Wolt og Foodora er ikke regnet med, fordi den var svært lav i 2023.

Tabell 9: Regnskapsstatistikk for nettopotek med fullt driftsår (i tusen kr).

	2020	2021	2022	2023	Endring i perioden
<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>1 527 264</b>	<b>1 616 806</b>	<b>1 463 396</b>	<b>1 752 340</b>	<b>14,7 %</b>
Sum inngående balanse	38 548	54 416	48 528	63 191	63,9 %
Varekjøp	1 283 798	1 339 277	1 092 085	1 296 138	1,0 %
Sum utgående balanse	59 859	56 197	60 047	74 944	25,2 %
Vareforbruk	1 262 487	1 337 496	1 080 564	1 284 385	1,7 %
Legemiddeldetaljistavgift	1 723	3 332	1 352	1 328	-22,9 %
<b>Sum vareforbruk</b>	<b>1 264 210</b>	<b>1 340 828</b>	<b>1 081 917</b>	<b>1 285 713</b>	<b>1,7 %</b>
Sum personalkostnader	202 537	228 963	180 639	198 790	-1,9 %
Sum ordinære avskrivninger	21 662	17 045	14 296	12 479	-42,4 %
Sum lokalkostnader	13 327	13 299	12 162	23 018	72,7 %
Sum andre driftskostnader	245 177	246 849	305 651	307 159	25,3 %
<b>Sum driftskostnader</b>	<b>1 746 913</b>	<b>1 846 984</b>	<b>1 594 664</b>	<b>1 827 159</b>	<b>4,6 %</b>
<b>Sum driftsresultat</b>	<b>-219 649</b>	<b>-230 178</b>	<b>-131 268</b>	<b>-74 819</b>	<b>65,9 %</b>
Finansinntekter	8 064	-541	585	1 827	-77,3 %
Finanskostnader	-11 186	-569	-4 177	-7 747	30,7 %
Netto finanskostnader	-3 122	-1 110	-3 591	-5 920	-89,6 %
Resultat før driftsstøtte	-222 771	-231 288	-134 859	-80 739	63,8 %
Driftsstøtte	-	-	-	-	-
<b>Sum apotekenes overskudd</b>	<b>-222 771</b>	<b>-231 288</b>	<b>-134 859</b>	<b>-80 739</b>	<b>63,8 %</b>
Avskrivning goodwill	2 932	3 896	3 109	6 256	113,4 %
Antall apotek	15	14	10	12	-20,0 %
Høyeste overskudd	██████	██████	██████	██████	
Laveste overskudd	██████	██████	██████	██████	
Gj.snittlig overskudd per apotek	-14 851	-16 521	-13 486	-6 728	
Konsumprisindeksen	1,4 %	4,2 %	6,90 %	4,70 %	

Kilde: DMPs apotekstatistikk. Beløp er ekskludert merverdiavgift i nominelle kroner.

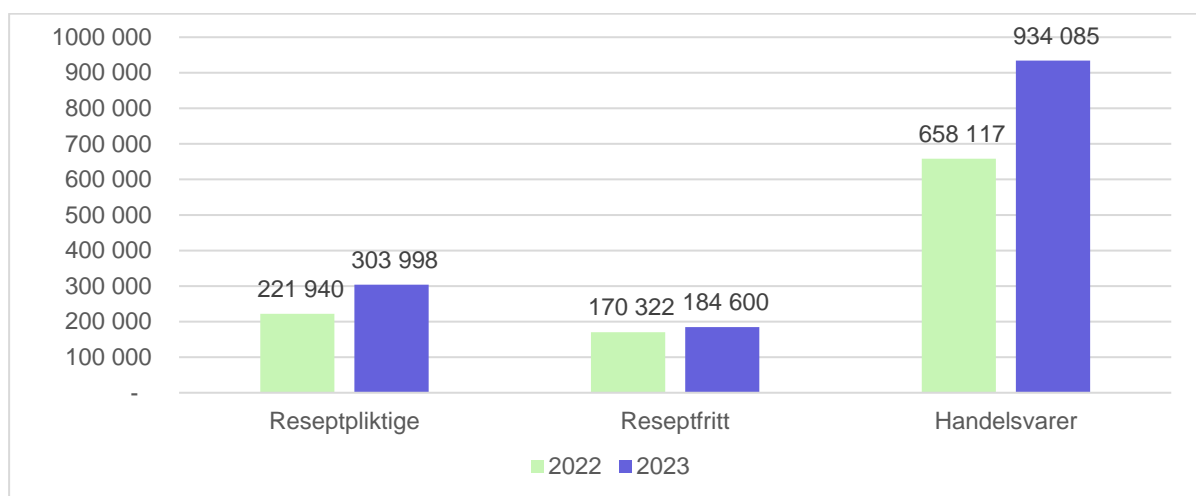
Regnskapsstatistikk for apotek som er registrert som nettopotek viser en nedgang i antall apotek, fra 15 til 12 apotek i 2023. Dette er ekskludert de seks apotekene som samarbeider med leveringsbedriftene Wolt og Foodora. Det samlede overskuddet er negativt i perioden, på tross av at

driftsinntektene økte med 14,7 %. Det samlede underskuddet i nettapotek er redusert i perioden, og man ser store forskjeller i resultat mellom de enkelte apotekene.

DMP tilrettela for innrapportering av netthandelstall først fra 2022, og det eksisterer derfor ikke tall fra tidligere år. I 2022 omsatte nettapotek for om lag 1,1 milliarder kroner inklusiv merverdiavgift, sammenlignet med 1,4 milliarder kroner i 2023. Dette inkluderer reseptpliktige legemidler, reseptfrie legemidler og handelsvarer. Ingen av nettapotekene per i dag sender legemidler som krever kjølig oppbevaring.

Nettsalg som er initiert på internett, kan enten leveres til kundene (hjem eller annet avtalt sted), eller hentes i apotek (klikk og hent). For nettsalg som leveres til kundene, er det fire hovedaktører: Apotek 1, Vitusapotek, Boots Apotek og Farmasiet. Tallene i figur 2 viser kun omsetning for den delen som gjelder nettsalg, og ikke salg der kunden selv oppsøker det fysiske apoteket.

**Figur 2: Nettsalg av legemidler og handelsvarer (i tusen kr).**

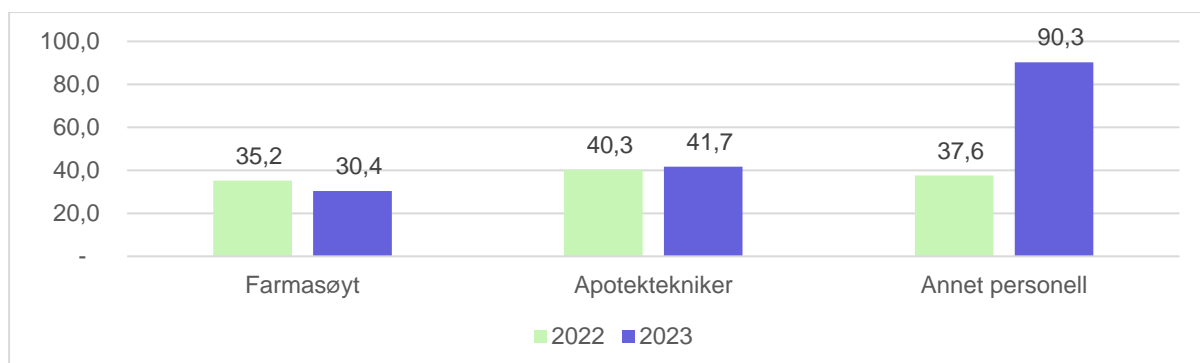


Kilde: DMPs apotekstatistikk.

Figur 2 viser at nettsalg som er initiert på nett og levert hjem, eller annet sted, i 2023 hadde en omsetning på henholdsvis 304,0 og 184,6 millioner kroner for reseptpliktige og reseptfrie legemidler. Dette var en økning på henholdsvis 37,0% og 8,4% fra 2022. Det ble samtidig solgt og levert handelsvarer for 934,1 millioner kroner i 2023, en økning på 41,9 % fra 2022.

Figur 3 viser personell knyttet til netthandelsdelen av apotekdriften, og består av tall fra de tre kjedene og Farmasiet.

**Figur 3: Antall årsverk knyttet til netthandel for Apotek 1, Vitusapotek, Boots Apotek og Farmasiet.**



Kilde: DMPs apotekstatistikk.

Totalt antall årsverk for disse fire aktørene har økt i 2023. Antall farmasøytårsverk falt med 13,6 %, mens for apotektekniker og annet personell har antall årsverk økt med henholdsvis 3,5 % og 140,2 %, jf. figur 3.

### **Foreløpige konklusjoner:**

For perioden 2020 til 2023 har det vært en utfliating av antall kjedetilknyttede apotek. For frittstående og sykehusapotek, har det vært en økning på to apotek. I perioden har overskuddet blitt redusert for sykehusapotek og heleide kjedeapotek. Frittstående apotek økte overskuddet noe. Kjedetilknyttede apotek har økt overskuddet, mens nettapotekene har redusert underskuddet. Salg av handelsvarer økte betydelig fra 2022 til 2023 for nettapotekene. Lokalkostnader og driftskostnader har steget for alle apotekformer.

## **2.4 Omsetning og andre nøkkeltall**

Tabell 10 viser omsetning, definert som driftsinntekter, for alle apotek (inkludert sykehusapotek) var på 41,2 milliarder kroner i 2023. Det tilsvarer en nominell vekst på 24,5 % fra 2020. Målt etter totalomsetning, for alle apotek, er det Apotek 1 som er den klart største kjeden, med en markedsandel på 45,1 % i 2023.

**Tabell 10: Omsetningsutvikling for primær- og sykehusapotek med fullt driftsår.**

	2020	2021	2022	2023	Årlig vekst*	Vekst i perioden
<b>Totalomsetning for alle apotek (i mrd. kr)</b>	33,1	35,8	37,9	41,2	7,6 %	24,5 %
<b>Totalomsetning for primærapotek (i mrd. kr)</b>	26,0	28,1	29,7	32,5	7,7 %	25,0 %
<b>Gjennomsnittlig omsetning for primærapotek (i mill. kr)</b>	27,3	29,0	30,1	33,0	6,5 %	20,9 %
<b>Totalomsetning for sykehusapotek (i mrd. kr)</b>	7,1	7,7	8,2	8,7	7,0 %	22,5 %
<b>Gjennomsnittlig omsetning for sykehusapotek (i mill. kr)</b>	222,2	240,7	248,6	263,5	5,8 %	18,6 %

\* Årlig vekstrate er beregnet ut ifra geometrisk vekstrate:  $\left(\frac{x_n}{x_0}\right)^{\frac{1}{n}} - 1$ .

Kilde: DMPs apotekstatistikk.

Primærapotekene med fullt driftsår hadde i 2023 en totalomsetning på 32,5 milliarder kroner, hvorav omsetningen for apotek med drift bare deler av året, utgjorde 0,3 milliarder kroner. Totalomsetningen for primærapotekene steg med 25,0 % nominelt, fra 2020 til 2023.

Omsetningen for sykehusapotekene økte med 1,6 milliarder kroner fra 2020 til 2023, det tilsvarer en nominell vekst på 22,5 % i perioden. Sykehusapotekene har en andel av totalomsetningen på 21,1 %, mens primærapotekene har en andel på 78,9 %. Disse andelene har vært stabile i perioden 2020 til 2023.

DMP fastsetter maksimale priser og maksimal apotekavanse på alle reseptpliktige legemidler til mennesker. Priser og avanser på reseptfrie legemidler, handelsvarer og veterinære legemidler er ikke regulert.

Omsetning i primærapotekene fordelt på handelsvarer og reseptfrie legemidler, som en andel av totalomsetning, er henholdsvis 28,5 % og 8,6 % for 2023, jf. tabell 11. Dette innebærer at 37,1 % av omsetningen ikke er omfattet av statens pris- og avanseregulering på legemidler i 2023. I 2021 var

tilsvarende andel 39,3 %.<sup>1</sup> Dette gir en nedgang i handelsvarenes andel av omsetningen fra 2021 til 2023, på 2,2 prosentpoeng. Målt i nominelle kroner økte omsetningen på handelsvarer med 833 millioner kroner, og 162 millioner kroner for reseptfrie legemidler.

**Tabell 11: Nøkkeltall for primærapotek med helt driftsår i 2021 og 2023.**

Nøkkeltall	2021		2023	
	Mill. kr	% av totalomsetning	Mill. kr	% av totalomsetning
Handelsvarer	8 411	29,9 %	9 244	28,5 %
Reseptfritt	2 637	9,4 %	2 799	8,6 %
	Antall		Antall	
Areal m <sup>2</sup>	225 343		239 468	
Årsverk	5 566		6 547	
Antall apotek	969		984	
Areal/Antall apotek	233		243	

Kilde: DMPs apotekstatistikk.

Sykehusapotek omsatte handelsvarer for 338 millioner kroner og reseptfrie legemidler for 109 millioner kroner i 2023, jf. tabell 12. Dette er en nedgang fra 2021. Salg av handelsvarer og reseptfrie legemidler fra sykehusapotek utgjør dessuten en liten del av totalomsetningen, sammenlignet med primærapotek.

**Tabell 12: Andre nøkkeltall for sykehusapotek med helt driftsår i 2021 og 2023.**

Nøkkeltall	2021		2023	
	Mill. kr	% av totalomsetning	Mill. kr	% av totalomsetning
Handelsvarer	437	5,7 %	338	3,9 %
Reseptfritt	137	1,8 %	109	1,3 %
	Antall		Antall	
Areal m <sup>2</sup>	21 360		22 077	
Årsverk	1 323		1 472	
Antall apotek	32		33	
Areal/Antall apotek	668		669	

Kilde: DMPs apotekstatistikk.

<sup>1</sup> Vi benytter i tabell 11 og 12 tall for 2021, i stedet for tall fra 2020, siden innrapporteringen av salg av handelsvarer før 2021 har vært mangelfull. Tallene for 2021 er trolig også noe lavere enn faktisk omsetning. Vi forventer at tallene for 2023 representerer faktisk omsetning bedre.

## 2.5 Vertikalt integrerte apotekkjeder

En svært stor andel av legemiddelforsyningen til landets primærapotek går via vertikalt integrerte distribusjonskanaler. Det betyr at omsetning og marginer kan omfordeles mellom grossist og apotek for disse aktørene. Et mer fullstendig bilde av økonomien i apoteknæringen får vi ved å se på de økonomiske resultatene i de tilhørende selskapene (grossist og apotekkjede).

**Tabell 13: Årsregnskapsdata for legemiddelgrossister (i mill. kr).**

Selskap	Omsetning				Driftsresultat				Resultat før skatt			
	2020	2021	2022	2023	2020	2021	2022	2023	2020	2021	2022	2023
År												
Alliance Healthcare Norge AS*	8 849	8 970	10 130	11 808	139	140	154	187	136	139	155	190
Apotek 1 Gruppen AS**	11 758	12 879	14 286	15 131	523	653	725	762	453	594	696	758
Norsk Medisinal Depot AS***	11 024	11 296	11 722	9 833	2	198	355	171	12	-826	351	167

\* Alliance Healthcare Norge AS har avvikende regnskapsår 01.09-31.08.

\*\*Apotek 1 Gruppen AS har avvikende regnskapsår 01.02-31.01

\*\*\*Norsk Medisinal Depot AS har avvikende regnskapsår 01.04-31.03

Kilde: Brønnøysundregisteret.

Tabell 13 viser at omsetningen målt i driftsinntekter har steget for alle tre grossistene for hvert år i perioden 2020-2023, med unntak av omsetningen til NMD fra 2022 til 2023. Apotek 1 Gruppen AS og Alliance Healthcare Norge AS har også hatt en stabil resultatvekst siden 2020, mens resultatet for NMD ble mer enn halvert i 2023.

Tabell 14 viser en oversikt over driftsinntektene og driftsresultat for de tre apotekkjedene fordelt per år. Kun regnskapstall fra heleide kjedeapotek med fullt driftsår inngår i oversikten. Dermed er inntjening fra kjedetilknyttede apotek ikke medregnet.

Fra tabellen ser vi at det har vært en stabil vekst i driftsinntektene til de tre apotekkjedene, mens driftsresultatet har variert mer.

**Tabell 14: Driftsinntekter og driftsresultat for heleide kjedeapotek med fullt driftsår (i mill. kr)**

Selskap	Driftsinntekter				Driftsresultat			
	2020	2021	2022	2023	2020	2021	2022	2023
År								
Boots Apotek	4 199	4 164	4 483	4 544	58	-40	105	99
Apotek 1	11 538	12 510	13 191	14 641	160	35	-20	-51
Vitusapotek	7 309	7 737	7 945	8 587	348	442	515	377

Kilde: DMPs apotekstatistikk.

I NOU Fremtidens apotek 2023:2 kapittel 12.2.2, vurderte utvalget dagens konkurransesituasjon. De så på etablerings- og veksthindringer, og hvordan den etablerte eierskapsstrukturen påvirker disse slik at konkurransen begrenses. De konkluderer med:

«... at dagens marked, herunder reglene om at grossister kan eie apotek og den etablerte kjedestrukturen, bidrar til å begrense konkurransen og hever terskelen for etableringen av nye apotek og apotekformer som ikke er tilknyttet de tre vertikalt integrerte apotekkjedene.»

På en annen side ble det også konkludert at: «... den etablerte kjedestrukturen har bidratt til å ivareta apoteklovens formål om god tilgjengelighet til legemidler i store deler av landet.»

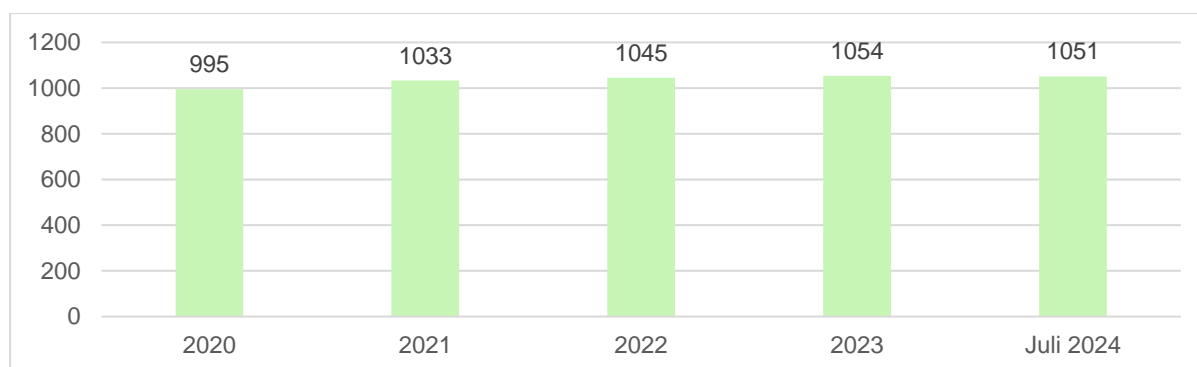
Det har ikke vært mulig for DMP å gå grundig inn i vurderinger av hensiktsmessigheten med vertikalt integrerte apotekkjeder i denne rapporten. DMP vurderer imidlertid at dagens modell gjør det mer krevende å sette en apotekavanse som er tilpasset ulike apotekformer, og at den vertikale integrasjonen gjør det krevende å få en god oversikt over de samlede økonomiske betingelsene for apotek- og grossistledet. En vurdering av modellen med vertikalt integrerte apotekkjeder vil kreve en større utredning, med en nærmere kartlegging av endringsbehov og mulighetsrom.

DMP anbefaler derfor at det gjennomføres et prosjekt for å vurdere hensiktsmessigheten av dagens modell med vertikalt integrerte apotekkjeder. Rammene for et slikt prosjekt må eventuelt planlegges og forberedes sammen med aktuelle departementer og etater.

## 2.6 Apotekdekning

Figur 4 viser antall registrerte apotek siden 2020. Det har vært en økning frem til og med 2023, og en liten nedgang første halvår av 2024.

**Figur 4: Antall apotek i Norge per år.**



Kilde: DMP.

Tabell 15 viser en oversikt over driftsinntekter og resultater, fordelt på apotek i ulike sentralitetsklasser<sup>2</sup>. De mest sentrale kommunene er på nivå 1, mens de minst sentrale kommunene ligger på nivå 6.

**Tabell 15: Fordeling av sentralitet - primærapotek med helt driftsår 2023 (ekskl. mva.).**

Sentralitet - 2023	Sum driftsinntekter (mrd. NOK)	Fordeling driftsinntekter (%)	Gjennomsnittlig omsetning per apotek (mill. NOK)	Gjennomsnittlig driftsresultat per apotek (mill. NOK)
<b>Nivå 1: Mest sentrale kommuner</b>	6,0	18,5	34,8	0,5
<b>Nivå 2</b>	9,4	29,1	36,0	0,3
<b>Nivå 3</b>	8,0	24,8	31,4	0,6
<b>Nivå 4</b>	5,1	15,6	31,8	0,5
<b>Nivå 5</b>	3,2	10,0	30,5	0,9
<b>Nivå 6: Minst sentrale kommuner</b>	0,6	2,0	24,9	0,6
<b>Alle apotek</b>	32,5	100,0	33,0	0,5

Kilde: SSB og DMP.

<sup>2</sup> Statistisk sentralbyrå (SSB) har laget en sentralitetsindeks for å måle hvor sentral en kommune er basert på reisetid til arbeidsplasser og servicefunksjoner.

Gjennomsnittlige driftsinntekter er høyest i de mest sentrale kommunene, mens de er lavere enn landsgjennomsnittet i de minst sentrale kommunene. Apotek i sentralitetsklasse 5 har høyest gjennomsnittlig driftsresultat med 0,9 millioner kroner, mens apotek i sentralitetsklasse 2 har lavest med 0,3 millioner kroner. Trolig skyldes dette i betydelig grad at apotek i lite sentrale strøk er mindre utsatt for konkurranse, og dermed har en sikrere inntjening. Apotek i sentrale strøk er ofte lokalisert i områder med flere andre apotek i nærheten.

I slutten av 2023 ble 22 apotek nedlagt. Femten av apotekene var i sentralitetsklasse 2, mens de øvrige var i sentralitetsklasse 3 og 4. I samme år åpnet 22 nye apotek, hvorav fem apotek i hver av sentralitetsklasse 1-4, og to i sentralitetsklasse 5. Det ble ikke åpnet noen apotek i sentralitetsklasse 6 i 2023. Vekst i antall apotek i landet ser ut til å ha nådd et metningspunkt i 2023.

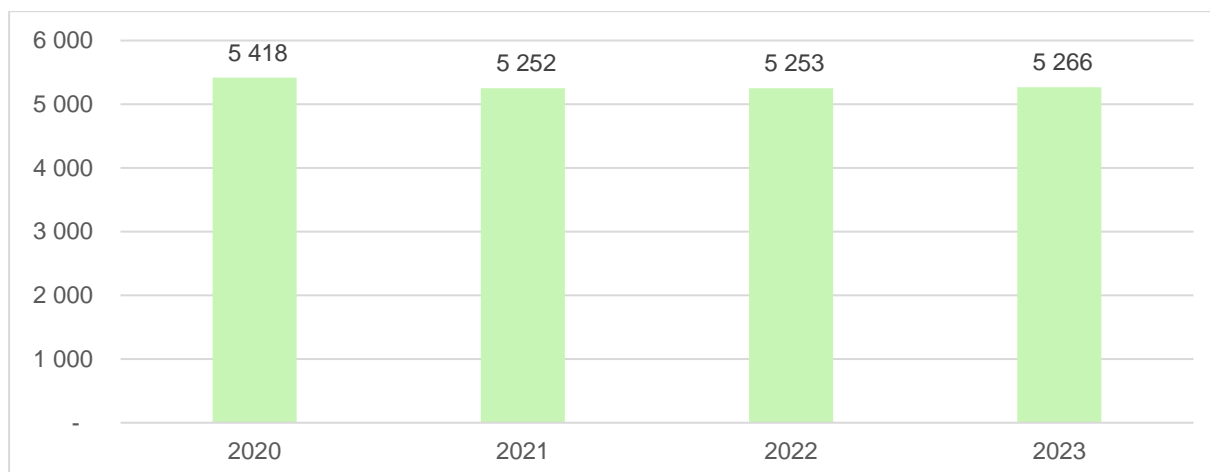
**Tabell 16: Primærapotek med helt driftsår - Negativt driftsresultat.**

Sentralitet - 2023	Antall apotek	Antall apotek med negativt driftsresultat	Andel apotek med negativt driftsresultat (%)	Gjennomsnittlig negativt driftsresultat (i 1 000 kr)
<b>Nivå 1: Mest sentrale kommuner</b>	173	70	40	-2 614
<b>Nivå 2</b>	262	98	37	-2 052
<b>Nivå 3</b>	256	89	35	-899
<b>Nivå 4</b>	160	65	41	-884
<b>Nivå 5</b>	106	27	25	-653
<b>Nivå 6: Minst sentrale kommuner</b>	26	9	35	-327
<b>Alle apotek</b>	983	358	36	-1 514

Kilde: SSB og DMP.

Tabell 16 viser at 358 av 983 apotek hadde et negativt driftsresultat i 2023. Høyere kostnader i sentrale strøk, kan forklare at apotek i sentrale strøk er overrepresentert blant apotek med negativt driftsresultat. Gjennomsnittlig negativt driftsresultat ligger langt lavere for apotek i sentralitetsklasse 5 og 6. I 2020 var antallet apotek med negativt driftsresultat 284. Det har dermed vært en økning i antall apotek med negativt driftsresultat på 74 fra 2020 til 2023.

**Figur 5: Antall innbyggere per apotek.**



Kilde: DMP og SSB.



Antall innbyggere per apotek gikk ned fra 5418 i 2020 til 5252 i 2021, og steg igjen i 2023 til 5266, jf. figur 5. Apotekdekningen, målt i antall innbyggere per apotek, har vært stabil i perioden, med bare mindre endringer fra år til år.

Apotekdekningen i Norge målt i antall innbyggere per apotek fordelt på sentralitetsklasser, ligger rundt 5500 innbyggere per apotek for sentralitetsklassene 1-5, mens sentralitetsklasse 6 har en lavere dekning, jf. tabell 17. Per desember 2023 var det 112 av totalt 356 kommuner, som ikke hadde apotek. Av disse kommunene ligger 108 i sentralitetsklasse 5 og 6.

**Tabell 17: Befolkning og antall apotek med fullt driftsår fordelt på sentralitetsklasse.**

Sentralitetsklasse	Befolkning	Antall apotek	Innbyggere per apotek	Antall kommuner
1	1 011 119	173	5 845	5
2	1 515 152	262	5 783	21
3	1 431 109	256	5 590	54
4	818 649	160	5 117	65
5	563 953	106	5 320	104
6	210 221	26	8 085	108

Kilde: DMP og SSB.

Det er i all hovedsak bestemt av markedet hvor apotek etableres, og hvor mange som blir etablert. De som ønsker å etablere apotek, må søke DMP om konsesjon for å eie og drive apotek.<sup>3</sup> DMP innvilger de aller fleste søknadene. I de tilfeller markedet ikke løser behovet for apotek tjenester, gir apotekloven myndighetene adgang til å pålegge apotek konsesjonærer å drive apotek eller medisinsalg. Formålet er å sikre forsvarlige apotek tjenester i områder uten eget apotek eller medisinsalg.

Antall apotek har fra 2020 til første halvår 2024, økt fra 995 apotek til 1051 apotek. DMP har ikke vurdert at det er behov for å pålegge apotekene drift de siste årene. Antall pålagte vaktapotek er per i dag 13 apotek. Dette har vært stabilt siden 2019.

## 2.6.1 DMPs vurdering av dagens apotekdekning

Et historisk tilbakeblikk på utviklingen i antall apotek viser at apotekdekningen styrket seg markant i Norge etter innføring av ny apoteklov i 2001. Mens det i 2001 var 307 apotek, steg dette til 1054 i 2023. Apotekloven representerte et skille mellom to ulike styringsformer for myndighetenes etableringspolitikk, ved at markeds mekanismer, kundegrunnlag og konkurranse, erstattet et system hvor myndighetene sentralt besluttet beliggenhet og hvor mange apotek landet skulle ha.

Perioden etter innføringen av apotekloven ble også preget av etableringen av apotekkjeder og sterk konkurranse om blant annet markedsandeler, antall apotek, beliggenhet, synlighet og tilstedeværelse i markedet. Det ble også gjennomført en styrket satsing på kommersialisering og effektiv forretningsdrift, hvor salg, inntjening, effektivitet og vareutvalg endret seg betydelig. I perioder har det vært mindre tilgang på farmasøytisk arbeidskraft enn ønskelig, til tross for tilførsel av arbeidskraft fra andre land. Flere av disse utviklingstrekkene har ført til flere - men mindre apotek, og høyere apotektetthet, særlig i en del sentrale strøk.

Når vi i de senere år ser en utflating av etableringstakten kan dette tyde på at det i en del tilfeller, kan ha vært en overetablering av apotek i enkelte områder. At et relativt høyt antall apotek i sentrale strøk drives med negativt driftsresultatet kan også være en indikator for en viss overetablering.

<sup>3</sup> [Lov om apotek \(apotekloven\) - Kap. 2. Konsesjon til eierskap til apotek - Lovdata](#)

Fremtidig etableringstakt og antall apotek, vil også påvirkes av og veies mot, de rammer som myndighetene legger for hvilke oppgaver fremtidens apotek skal utføre, herunder eventuelle normer for å sikre tilstrekkelig faglig kvalitet og bemanning i det enkelte apotek. Bemanning og kvalitet drøftes nærmere i kapittel 2.7.

## 2.7 Bemanning og kvalitet

### 2.7.1 Bemanning i apotek

Tilsynsavdelingen i DMP utfører apotekkartlegginger, senest i 2022 og 2023, hvor apotekene blant annet oppgir bemanning samt antall ubesatte stillinger. De innrapporterte tallene er hentet fra en bestemt uke i året, og gir derfor kun et øyeblikksbilde av de 1033 apotekene som er inkludert i kartleggingen.

Tabell 18: Utvikling i antall ansatte per apotek.

Apotekform	Farmasøytårsverk** - gjennomsnitt per apotek i 2022	Farmasøytårsverk** - gjennomsnitt per apotek i 2023	Alle årsverk - gjennomsnitt per apotek i 2022	Alle årsverk - gjennomsnitt per apotek i 2023
Kjedeapotek	3,2 (1,5/1,7)	3,3 (1,5/1,8)	5,8	6,0
Apotek med kjedetilknypning*	2,2 (1,2/1)	2,5 (1,3/1,2)	4,4	3,8
Frittstående apotek	3,0 (2,1/0,9)	2,5 (1,6/0,9)	3,4	3,5
Sykehusapotek	18,7 (14,5/4,2)	21,1 (15,7/5,4)	34,8	39,1
Samlet	3,5	3,8	6,3	6,7

\* Medlems-/franchiseapotek.

\*\* Provisor/reseptar.

Kilde: DMP.

Basert på kartleggingen har antall farmasøyter per apotek økt fra 2022 til 2023, dersom man ser på alle apotektyper samlet. Tabell 18 viser at kjedeapotekene i gjennomsnitt har ansatt 3,3 farmasøyter per apotek. De frittstående apotekene – i alt 28 apotek, har i gjennomsnitt 2,5 årsverk per apotek. Dette er på samme nivå som apotek med kjedetilknypning (133 apotek). De samme apotekene har i kartleggingen oppgitt at de har en åpningstid på 45,5 - 48,8 timer per uke. Antall farmasøyter per sykehusapotek kan ikke sammenlignes med de andre apotekene. Dette skyldes at det i kartleggingen ikke bare er inkludert farmasøyter som arbeider med reseptekspedisjon, men også farmasøyter som jobber med sykehusleveranser, tilvirkning og klinisk farmasi.

Fra apotekkartleggingen fremgikk det også at 74 apotek har mindre enn to farmasøytårsverk. Av disse hadde 17 apotek kun ett farmasøytårsverk eller mindre, i den spesifikke kartleggingsuken. Om lag 70 % av apotek med mindre enn to farmasøytårsverk var kjedeapotek, mens de resterende var medlem/franchise eller frittstående apotek.

Lovkravet er at minst en person tilhørende apotekets farmasøytiske personale skal være til stede i hele åpningstiden. Per i dag finnes det ingen bemanningsnorm eller bransjestandard for bemanning i apotek, men i henhold til apotekloven § 4-3 skal apoteket ha et faglig personale som i antall og kompetanse er tilstrekkelig til å sikre god kvalitet på og sikkerhet ved apotekets oppbevaring, tilvirkning, ekspedisjon og utlevering av legemidler. I *NOU 2023: 2 Fremtidens apotek (side 215)*, har utvalget vurdert innføring av en bemanningsnorm for ansatte farmasøyter i apoteket, men påpeker også usikkerheter forbundet med en slik norm.

DMP mener at omfanget av ulike oppgaver som utføres i det enkelte apotek er vesentlig for bemanningsbehovet. Mange apotek har en rekke oppgaver utover standard reseptekspedisjon og veiledning. Slike oppgaver kan for eksempel være håndtering av multidoser, levering til flere institusjoner, skipsmedisin, drift av medisinsalg, faste forsendeskunder, nettsalg, salg av tjenester eller egne avtaler om produksjon og kliniske tjenester i sykehusapotek. Stor variasjon i apotekenes oppgaver gjør at det kan være utfordrende å etablere en bemanningsnorm. Bemanning bør også ses i sammenheng med totalt antall apotek i Norge, jf. drøfting i kapittel 2.7.3.

Apotekforeningen fører statistikk over totalt antall årsverk i apotek. Tabell 19 viser at samlet antall årsverk i apotek i perioden 2020 - 2023 har økt med 4,7 %, mens antall farmasøytårsverk økte med 9,1 %.

**Tabell 19: Utvikling i antall årsverk i apotek, 2020 – 2023.**

	2020	2021	2022	2023	Endring i perioden
<b>Farmasøyter</b>	3 754	3 888	3 953	4 095	9,1 %
<b>Apotekteknikere</b>	2 598	2 564	2 582	2 525	-2,8 %
<b>Annet personell</b>	561	564	619	618	10,2 %
<b>Total</b>	<b>6 913</b>	<b>7016</b>	<b>7 154</b>	<b>7 238</b>	<b>4,7 %</b>

Kilde: Apotekforeningen.

I samme periode økte

- antall solgte pakninger av reseptpliktige legemidler med 11,7 % (se tabell 23 nedenfor)
- antall solgte pakninger av reseptfrie legemidler med 6,5 %
- antall apotek med 5,9 % (fra 995 i 2020 til 1054 i 2023)

I apotekkartleggingen var det i den aktuelle uken i 2023 (uke 45), i gjennomsnitt 9 % ubesatte farmasøytårsverk per apotek, jf. tabell 20. Antall ubesatte stillinger i kjedeapotek, apotek med kjedetilknypning og frittstående apotek er høyere enn i sykehusapotek. Den relativt store andelen ubesatte stillinger skyldes blant annet mangel på farmasøyter. Tallene tyder også på at flere farmasøyter ønsker å arbeide ved sykehusapotek fremfor primærapotek, noe som kan sies å være en markant endring fra da dagens apoteklov ble innført i 2001.

**Tabell 20: Andel ubesatte farmasøytårsverk fordelt på apotekform.**

Apotekform	Andel ubesatte farmasøytårsverk i 2001	Andel ubesatte farmasøytårsverk i 2022	Andel ubesatte farmasøytårsverk i 2023
<b>Kjedeapotek</b>	9 %*	8 %	10 %
<b>Apotek med kjedetilknypning**</b>	-	13 %	11 %
<b>Frittstående apotek</b>	9 %*	5 %	14 %
<b>Sykehusapotek</b>	12 %	2 %	3 %
<b>Samlet</b>	10 %	9 %	9 %

\* Tall for 2001 er kun tilgjengelig samlet for alle apotek.

\*\* Medlems-/franchiseapotek.

Kilde: DMP.

## 2.7.2 Kvalitet

DMP fører tilsyn med apotek, grossister og tilvirkere. Erfaringer fra apotektilsyn oppsummeres i en egen årsrapport<sup>4</sup>.

I 2023 ble det utført totalt 33 apotektilsyn fordelt på 14 kjedeapotek, 13 frittstående apotek (derav 4 nettapotek) og 6 sykehusapotek. Tilsyn av apotek de siste fire årene, fra 2020 til 2023, har avdekket et økende antall store avvik per apotek. Dette er en bekymringsfull trend. Området med flest avvik i 2023 er knyttet til internkontroll (apotekloven § 5-6, jf. apotekforskriften §§ 34-37) som skal sikre faglig forsvarlig drift av apotekene. Dette er for eksempel manglende etterlevelse og oppfølging av krav i kvalitetssystemet, manglende gjennomføring av obligatoriske fagkurs, manglende bekreftelse på at prosedyrer er lest og forstått, samt mangelfull dokumentasjon for farmasifaglige vurderinger av nødekspedisjoner. Andre avvik som forekommer hyppig, er mangelfull kontroll av temperatur i legemiddellager, og at apotek ikke følger kravene som gjelder kontroll av sikkerhetsanordningene på legemiddelpakningene.

DMP mottok i 2023 i alt 57 henvendelser med klager/bekymringsmeldinger knyttet til apotek eller apotekpersonell, jf. tabell 21. I 2022 ble det innsendt 39 klager/bekymringsmeldinger. Klager innsendes hovedsakelig fra kunder, helsepersonell, andre apotek og Statsforvalteren/Helsetilsynet. DMP følger opp alle disse meldingene. Det er stor spredning i problemstillingene. Svinn av narkotika inngår også i disse klagesakene.

**Tabell 21: Årlige klager og meldinger som er innsendt til DMP.**

2019	2020	2021	2022	2023
35	60	48	39	57

Kilde: DMP.

Ved tilsyn med apotek er det nå oftere problemstillinger knyttet til lav bemanning enn tidligere, både i frittstående apotek og kjedeapotek. DMP har i 2024 mottatt flere bekymringsmeldinger om bemanning fra ansatte. Som nevnt i kapittel 2.7.1 er det mange apotek som har færre enn to farmasøytårsverk.

Antall reseptekspedisjoner per farmasøytårsverk fremkommer også i apotekkartleggingen for 2022 og 2023. I tallmaterialet som apotekene har rapportert inn, ser man store variasjoner. Tabell 22 viser gjennomsnittlig antall reseptekspedisjoner per uke, per farmasøytårsverk for 2022 og 2023. Gjennomsnittlig antall resepter ekspedert er avhengig av hvilke spesialoppgaver apotekene har, som for eksempel multidose. Multidoseapotekene er inkludert i denne oversikten og bidrar til at gjennomsnittsverdiene blir litt misvisende. På multidoseapotek ekspederes svært mange resepter hver 14. dag uten at det gjøres farmasøytikkontroll hver gang.

Gjennomsnittstallene gir ikke grunn til bekymring knyttet til kvalitet og faglig forsvarlighet, men i innsendte tall er det eksempler på at enkelte apotek ekspederer så mye som 1 000 resepter på en uke per farmasøytårsverk. Med 40 timers arbeidsuke bruker farmasøyten kun 2,4 minutter på en resept. En reseptekspedisjon av farmasøyt innebærer både kontroll av legemiddelet opp mot resept samt veiledning av kunde. Veiledning av kunde kan gjøres også av andre enn farmasøyter og en kunde kan hente ut flere resepter samtidig, men DMP stiller seg likevel kritisk til hvordan en resepthåndtering i gjennomsnitt hvert 2,4 minutt, kan gjøres faglig forsvarlig.

<sup>4</sup> [Årsrapport-apotektilsyn-2023.pdf \(dmp.no\)](#)

**Tabell 22: Gjennomsnittlig antall reseptekspedisjoner per uke og per farmasøytårsverk.**

Apotekform	Antall per uke per apotek i 2022*	Antall per uke per apotek i 2023*	Antall per uke per farmasøytårsverk per apotek i 2022*	Antall per uke per farmasøytårsverk per apotek i 2023*
Kjedeapotek	1462	1539	440	462
Apotek med kjedetilknnytning**	672	849	306	347
Frittstående apotek	843	1078	282	428
Sykehusapotek	1130	1247	61	59

\* Inkluderer multidose.

\*\* Medlems-/franchiseapotek.

Kilde: DMP.

### 2.7.3 Vurderinger av bemanning og kvalitet opp mot antall apotek

I NOU Fremtidens apotek NOU 2023:2, mente utvalget at det bør legges til rette for etablering av nye apotek og nye apotekformer som ikke er tilknyttet de tre vertikalt integrerte apotekkjedene. De foreslo flere konkrete virkemidler, jf. kapittel 12.4, men kom ikke med konkrete forslag knyttet til apoteketablering og/eller apoteknedleggelse.

I 2023 var det 358 apotek som hadde negativt driftsresultat (se kapittel 2.6). De fleste av disse ligger i sentrale strøk og er eid av kjedene. Med fri apoteketablering, slik vi har i dag, kan nye apotek etableres uten at det nødvendigvis er tilstrekkelig kundegrunnlag for det. Store kjøpesentre i sentrale strøk har ofte to eller flere apotek fordi kjedene konkurrerer om markedsandeler. DMP anser at fortsatt etablering av apotek i områder hvor apotekdekningen allerede er svært god, kan føre til overetablering.

For å sikre faglig forsvarlighet i apotek, uavhengig av størrelse og beliggenhet, har DMP vurdert mulige virkemidler som kan bidra til denne målsetningen. Disse drøftes kort nedenfor.

- a.) Styrking og konkretisering av eksisterende krav om dokumentasjon av kundegrunnlag som ledd i søknad om eierkonsesjon ved etablering av nye apotek (jf. Apotekforskriften § 6).

Vurdering: Dagens krav er lite konkrete og vanskelige å vurdere i forbindelse med konsesjonssøknader. Ved å styrke og konkretisere kravene til dokumentasjon av kundegrunnlag, samt å inkludere avstand til nærmeste apotek i forbindelse med etablering av nye apotek, vil man kunne unngå at nye apotek etableres på steder hvor det allerede er tilstrekkelig apotekdekning. Dette kan også redusere antall nyetableringer i sentrale strøk med lav farmasøytbemanning. Konkrete krav kan kanskje oppmuntre til etablering av nye apotek i distriktene. DMP anbefaler at man vurderer en styrking og konkretisering av krav i Apotekforskriften § 6.

- b.) Innføring av krav om at apotek i sentrale strøk ikke kan gå med underskudd i mer enn et bestemt antall år før apoteket nedlegges. For apotek utenfor sentrale strøk bør andre krav vurderes for å sikre tilgjengelighet for brukerne.

Vurdering: Alle apotek plikter å sende inn årlig apotekregnskap til DMP. Disse benyttes som grunnlag for beregninger og oversikter over nasjonale nøkkeltall for apoteksektoren. I regnskapene fremgår det hvorvidt det enkelte apotek går med overskudd eller underskudd. Et insentiv for å motvirke etablering og opprettholdelse av små apotek med få ansatte og svakt driftsgrunnlag i sentrale strøk, kan være å stille krav om at apotek ikke kan gå med underskudd i for eksempel maksimalt tre år. Et slikt krav kunne for eksempel settes som forutsetning for å opprettholde apotekkonsesjonen.

Tiltaket vil imidlertid være vanskelig å følge opp i praksis. Det skyldes både at det vil være administrativt ressurskrevende, og at det vil kunne gi urimelige utslag dersom flere apotek i samme tettsted går med underskudd. Et slikt krav kunne også føre til en mulig konkurransevridning mellom kjedeapotek og frittstående apotek, da kjedeapotek kan ha samarbeid på tvers av apotekene innenfor kjeden og enklere kan flytte på ansatte og utgifter. DMP ser det derfor, per i dag, ikke som aktuelt å stille som krav at apotek kun kan gå med underskudd for en tidsbegrenset periode.

c.) Innføring av norm for bemanning i apotek (bemanningsnorm)

Vurdering: Behovet for en bemanningsnorm er omtalt under kapittel 2.7.1. Innføring av en eventuell regulering av minstebemanning kan bidra til å sikre at apoteket drives faglig forsvarlig, samt skape et større farmasøytisk fagmiljø og bedre fleksibilitet ved fravær. En bemanningsnorm kan muligens ha en konkurransevridende effekt ved at kjedeapotek kan ha mulighet for å bruke personal på tvers av flere apotek, men dette kan også avhenge av eventuell utforming av bemanningsnormen. DMP mener derfor at det er grunnlag for å vurdere en bemanningsnorm i apotek nærmere, slik at alle apotek sikres en minstebemanning.

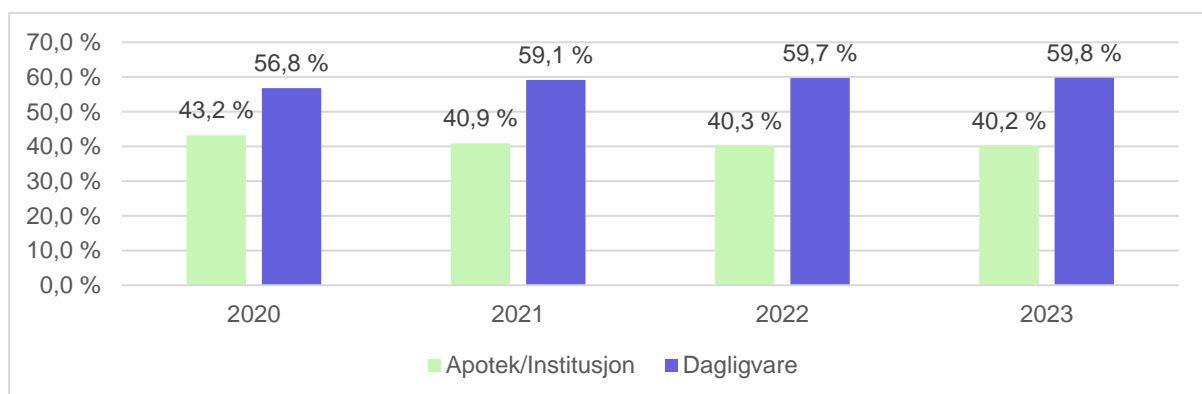
Det vil være behov for ytterligere vurderinger for tiltakene som er skissert i kapittel 2.7.3.

## 2.8 Legemiddelsalg utenom apotek (LUA)

DMP forvalter LUA-ordningen, og fastsetter listen over legemidler som kan selges i dagligvarebutikker, kiosker og bensinstasjoner. Det er Mattilsynet, i samarbeid med DMP, som fører tilsyn over salg av reseptfrie legemidler utenom apotek. LUA-avgiften på 0,5 % av salget fra grossist, skal dekke myndighetenes kostnader med tilsyn og forvaltning av ordningen. Avgiften ble satt ned fra 1,2 % til 0,5 % med virkning fra 2023. I forslag til statsbudsjett for 2025 foreslås avgiften redusert til 0,4 %.

Figur 6 viser markedsandelen av legemidler solgt utenom apotek fordelt mellom apotek og dagligvarehandelen, og omfatter de mest solgte reseptfrie legemidlene i LUA-ordningen. Dette tilsvarer 99 % av salget av alle legemidler i LUA-ordningen målt i definerte døgndoser (DDD).

**Figur 6: Fordeling av salg på de mest omsatte reseptfrie legemidlene, målt i DDD.<sup>5</sup>**



Kilde: Folkehelseinstituttets legemiddelgrossiststatistikk.

Når det gjelder andelen for salg av alt reseptfritt (inkludert utenom LUA-ordningen) viser Folkehelseinstituttets grossistbaserte legemiddelstatistikk at apotekene stod for 65 % av alt salg på reseptfrie legemidler, målt i DDD, mens dagligvarehandelen stod for 34 %. Det er ingen endring i prosentandelene i 2023 sammenlignet med 2022.<sup>6</sup>

<sup>5</sup> ATC kodene: M01AE01, R01AA07, R01AB06, N02BE01, R01AA05, N07BA01, R06AE07

<sup>6</sup> [Reseptfritt salg av legemidler i 2023 - FHI](#)

## 2.9 Utvikling i andre nøkkeltall

For å kunne gi en helhetlig vurdering av apotekenes inntjening og økonomiske rammevilkår, må vi trekke inn ulike faktorer av betydning, blant annet vekst i antall solgte pakninger og befolkningsvekst.

Tabell 23 viser utviklingen av reseptpliktige legemidler med MT (inkludert kasse- og ordresalg), ekskludert veterinærresept og apotekfremstilte legemidler.

**Tabell 23: Andre tall – reseptpliktige legemidler med MT.**

	2020	2021	2022	2023	Vekst i perioden
Antall pakninger (i mill.)	59,9	61,8	64,2	66,9	11,7 %
DDD (i mrd.)	2,8	3,0	3,1	3,3	14,4 %
Antall resepter (i mill.)	52,7	54,8	56,8	59,5	12,8 %
Omsetning eks. mva. (i mrd. kr)	20,8	22,9	24,3	26,2	25,5 %
Refusjonsbeløp (i mrd. kr)	16,4	18,3	19,3	19,9	21,6 %
Befolkning i Norge (i mill.)	5,4	5,4	5,5	5,6	3,0 %

Kilde: Farmalogs legemiddelstatistikk.

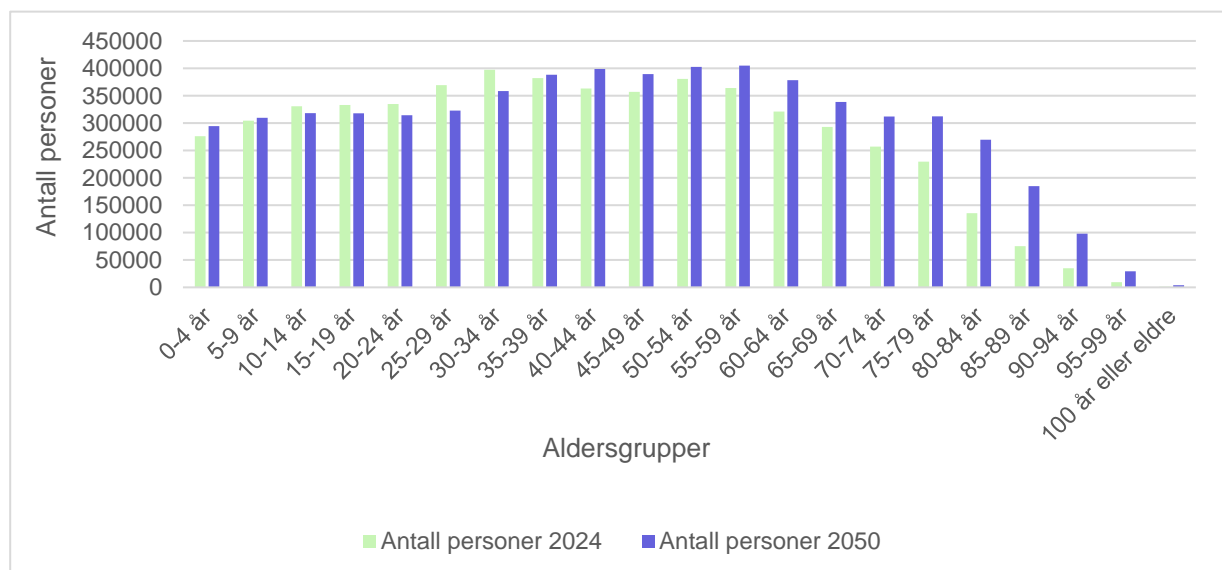
Antall solgte pakninger og antall resepter har økt henholdsvis med 11,7 % og 12,8 % i perioden. Dette tilsier at apotekene har hatt en økning i arbeidsmengden, i forbindelse med reseptekspedering de siste årene.

### Befolkningsvekst<sup>7</sup>

I år 2050 er forventet antall innbyggere i Norge 6,15 millioner. Dette tilsvarer en gjennomsnittlig befolkningsvekst på om lag 0,4 % per år fra 2024. Den gjennomsnittlige levealderen er forventet å øke fra 83,3 år i 2024, til 87,4 år i 2050.

Figur 7 viser en sammenligning av ulike aldersgrupper i år 2024 med befolkningsframskrivinger for år 2050. Den forventede demografiutviklingen tilsier at det er i den eldre delen av befolkningen veksten oppstår. For de eldste befolkningsgrupperingene, over 90 år, er det forventet nær tre ganger så mange eldre i 2050 som i dag.

**Figur 7: Framskrivninger av antall eldre i år 2050 sammenlignet med i år 2024.**



Kilde: SSB.

<sup>7</sup> Data er hentet fra Statistisk sentralbyrå og baserer seg på tall fra det såkalte hovedalternativet.



## 2.10 Tjenester i apotek

Helsetjenester utføres i dag på mange av landets apotek, men det er ikke lovpålagt at apotek skal tilby slike tjenester.

### 2.10.1 Medisinstart

Apotekene har tilbudt tjenesten Medisinstart fra mai 2018. Tjenesten tilbys i dag av alle landets apotek.<sup>8</sup> Tjenesten består av to samtaler med farmasøyt og er gratis for pasienter som nylig har startet med et legemiddel til behandling av høyt blodtrykk, høyt kolesterol eller med blodfortynnende legemidler. Pasienten kan få veiledningssamtaler i inntil tre måneder etter oppstart av et nytt legemiddel. Tjenesten er offentlig finansiert og pasienten betaler ingen egenandel. Helfo har siden 2018, refundert apotekene for hver av de to samtalene. Helsedirektoratet har i 2022 evaluert Medisinstart (se NOU 2023: 2 Fremtidens Apotek, side 113), og evalueringen er under oppfølging i Helse- og omsorgsdepartementet. Bevilgningen til Medisinstart ble videreført over statsbudsjettet både i 2023 og 2024. Taksten apoteket mottar fra Helfo er på 258 kroner per samtale for 2024. Det ble gjennomført 27 980 medisinstartsamtaler i 2023, jf. tabell 24. Den første samtalen utgjorde over 70 % av samtalene. Medisinstartsamtalene utgjorde om lag 6,9 millioner kroner i refusjon til apotekene. Det har vært en vekst i antall medisinstartsamtaler fra 2020 til 2023 på 81,9 %, jf. tabell 24.

Apotekbransjen har hatt et pilotprosjekt i 160 apotek med medisinstart for pasienter med diabetes type 2 i 2022-2023, og til sammen har disse apotekene hatt 2 835 slike samtaler. Pilotprosjektet ble finansiert med forskningsmidler fra Stiftelsen til fremme av norsk apotekfarmasi.<sup>9</sup>

**Tabell 24: Antall medisinstartsamtaler i perioden 2020-2023.**

	2020	2021	2022	2023	Endring i perioden
<b>Samtale 1</b>	10 964	16 303	19 265	19 744	81,1 %
<b>Samtale 2</b>	4 416	6 311	7 804	8 236	86,5 %
<b>Totalt</b>	15 380	22 614	27 069	27 980	81,9 %

Kilde: Helsedirektoratet.

### 2.10.2 Inhalasjonsveiledning

Inhalasjonsveiledning er en tjeneste som skal bidra til at pasientene tar astma- og kolsmedisinen riktig og oppnår best mulig effekt. Tjenesten ble innført som en prøveordning i 2016, og tilbys i dag i alle landets apotek.<sup>10</sup>

Veiledningen er gratis for pasienten. Helfo har fra 2016 refundert apotekene med et beløp per veiledning. For 2024 er taksten 92 kroner. Etter inhalasjonsveiledningen, registrerer apotekene pasienten i en av tre kategorier: i) om pasienten har demonstrert forståelse og riktig bruk, ii) om pasienten trengte korrigerende, og iii) om pasienten trenger oppfølging som ikke kunne løses ved veiledningen.

I 2023 ble det foretatt 85 918 inhalasjonsveiledninger, jf. tabell 25. Dette tilsvarer om lag 7,6 millioner kroner i refusjon til apotekene. Antall inhalasjonsveiledninger har økt med 39 % fra 2020 til 2023.

<sup>8</sup> [Få en god start med hjertemedisinen din med Medisinstart-tjenesten - Helsenorge](#)

<sup>9</sup> [Årsrapport 2023 | Apotekforeningen](#)

<sup>10</sup> [Inhalator – riktig bruk - Helsenorge](#)



**Tabell 25: Antall inhalasjonsveiledninger i perioden 2020-2023.**

Inhalasjonsveiledning	2020	2021	2022	2023
Viste riktig bruk	23 268	30 982	34 315	37 032
Trengte korrigering	20 825	23 843	24 843	26 940
Trenger mer oppfølging	17 638	19 991	21 835	21 946
<b>Totalt</b>	<b>61 731</b>	<b>74 816</b>	<b>80 993</b>	<b>85 918</b>

Kilde: Helsedirektoratet.

## 2.10.3 Vaksinerings

### **Influensavaksine**

Fra september 2020 har apotekfarmasøyter hatt rekvisisjonsrett for bestemte vaksiner mot sesong-influenza som skal administreres i apoteket.<sup>11</sup> Ordningen ble innført for å bidra til at flere tar influensavaksine. Farmasøyten rekvirerer vaksinen, og selve vaksinasjonen utføres av enten apotektekniker eller farmasøyt som har gjennomgått nødvendig opplæring. I henhold til informasjon fra Apotekforeningen er det cirka 50 apotek som ikke tilbyr vaksinerings.

Vaksinasjon i apotek er ikke omfattet av det nasjonale vaksinasjonsprogrammet, og betales av pasienten selv. Apoteket fastsetter selv prisen for tjenesten, og maksimal avanse for vaksinen er regulert på vanlig måte. Samlet pris på influensavaksinen, resepten, og å få satt vaksinen, varierer fra kjede til kjede og oppgis på kjedenes hjemmesider. I 2023 ble det satt over 220 000 influensavaksiner i apotek, fordelt på 978 apotek.<sup>12</sup>

### **Covid-19 vaksine**

Fra juni 2022 har apotekfarmasøyter kunnet rekvirere vaksiner mot Covid-19 til å administrere i apotek.<sup>13</sup> Vaksinerings mot Covid-19 i apotek gjøres som ledd i det nasjonale vaksinasjonsprogrammet mot Covid-19, og har vært gratis for pasientene. Apotekene får dekket refusjonstakster for vaksinerings gjennom oppgjørsordning i regi av Helfo. Vaksinerings utføres av både farmasøyter og apotekteknikere som har gjennomgått opplæring. I 2023 ble det satt 87 000 vaksiner mot Covid-19 i apotek.

### **Andre vaksiner**

Mange apotek tilbyr å sette ulike reisevaksiner, vaksine mot skogflottencefalitt og vaksiner mot flere andre sykdommer. For disse vaksinene er det krav om resept fra lege. Vaksinasjon betales av pasienten.

### **Meldeplikt til SYSVAK**

Helsepersonell som gir vaksinasjoner, skal registrere opplysninger i henhold til Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Nasjonalt vaksinasjonsregister 2-1.<sup>14</sup>

## 2.10.4 LAR-tjeneste

I 2016 inngikk Apotekforeningen og de regionale helseforetakene en avtale om utlevering av legemidler innen legemiddelassistert rehabilitering (LAR) og LAR-tjenester i apotek. Da ble satser for de enkelte godtgjørelseskategoriene fastsatt. Dette omfatter tjenester som delutlevering, overvåket inntak og en månedlig sum for administrasjon av ordningen. Avtalen tredde i kraft fra 01.01.2017.

<sup>11</sup> Forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler m.m - Kap. 7. Rekvirering til særlige formål - Lovdata

<sup>12</sup> Helsetjenester | Apotekforeningen

<sup>13</sup> Forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler m.m - Kap. 7. Rekvirering til særlige formål - Lovdata

<sup>14</sup> Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Nasjonalt vaksinasjonsregister (SYSVAK-registerforskriften) - Kapittel 2. Melding av helseopplysninger til SYSVAK, kvalitetskontroll mv. - Lovdata

I 2023 var det ifølge Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF), 8 467 pasienter i LAR-behandling.<sup>15</sup> Av disse fikk 38,2 % utlevert legemidlene sine i apotek. De øvrige brukerne fikk utlevert LAR-medikamentet hos spesialisthelsetjenesten. Det vises til kapittel 3.5 for informasjon om omsetningen og utvikling i avanser innen LAR-segmentet.

### 2.10.5 Andre tjenester

Noen apotek tilbyr også andre tjenester enn de som er nevnt over. Eksempler på slike tjenester er blodtrykksmåling, blodsuktermåling, føflekkskanning, kolesterolmåling og abonnement på faste legemidler. Disse tjenestene betales av kunden selv.

De fleste sykehusapotek har i tillegg tjenesteavtaler med de sykehusene de leverer legemidler til. Slike tjenester kan for eksempel være legemiddelproduksjon, legemiddelsamstemming, legemiddelgjennomgang, undervisning med mer. Disse tjenestene betales av helseforetakene.

## 2.11 Legemiddeldetaljstavgiften

Legemiddeldetaljstavgiften legges til apotekenes innkjøpspriser på legemidler. Avgiften innbetales til staten av grossistene, som fakturerer avgiften videre til apotekene. I 2023 var det 39 aktører som rapporterte inn avgiften til DMP. Den dekker utgifter på statsbudsjettet til definerte oppgaver. Dette inkluderer driftsstøtte til apotekene, fraktrefusjon, Relis, samt utgifter myndighetene har til forvaltning av apotek. Utgiftene til forvaltningen inkluderer apotekrelaterte oppgaver som blant annet apotekstatistikk og apotekregnskap, behandling av søknader om driftskonsesjon for apotek og søknader om godkjenningssfritak, forvaltning av ordningene med generisk og biotilsvarende bytte i apotek og trinnpris, samt apotektilsyn.

Avgiftssatsen er 0,3 % for 2024, og ble sist endret i 2018. I 2023 ble det totalt innbetalt 82,1 millioner kroner i avgift.

Apotekforeningen påpeker at myndighetene ved DMP krever inn et betydelig høyere beløp på legemiddeldetaljstavgiften enn budsjettet. Budsjettet for 2024 er 68,4 millioner kroner. Det er derfor riktig at avgiftsinngangen er klart høyere enn budsjettet. Imidlertid er DMPs kostnader fordelt på tilskuddsmidler, ressursbruk i DMP og utgifter til NHNs finansiering av e-reseptordningen, betydelig høyere enn hva som er budsjettet. I forslaget til Statsbudsjett for 2025, er avgiftssatsen redusert til 0,25 %.

Apotekforeningen påpeker videre at det er viktig at legemiddeldetaljstavgiften anvendes til å finansiere tiltak som kommer næringen til gode. Apotekforeningen mener at formålet med legemiddeldetaljstavgiften må innskrenkes, og nevner i denne sammenhengen Relis og tilskuddordningen til apotek. Apotekforeningen hevder at det ikke er apotek som nyter godt av tilbudet til Relis. Samtidig argumenterer foreningen for at støtte til gjennomføring av noen samfunnsfunksjoner hos Agilera Pharma AS (tidligere Institutt for Energiteknikk) i forbindelse med omsetning av radioaktive legemidler, ikke kan finansieres av legemiddeldetaljstavgiften.

Når det gjelder tilskuddordningen til apotek – driftsstøtteordningen, så viser vi til vurdering av denne ordningen i kapittel 2.12.4.

Relis består av de fire regionale legemiddelinformasjonsentrene. Hjemmesiden [www.relis.no](http://www.relis.no) bidrar med produsentuavhengig legemiddelinformasjon til helsepersonell i Norge. Hjemmesiden gir fri tilgang til en database beregnet på helsepersonell. Denne databasen benyttes mye av leger, men også i stor grad av farmasøyter på apotek i forbindelse med reseptekspedisjon og annen legemiddelhåndtering.

<sup>15</sup> [Statusrapport 2023 \(uio.no\)](https://www.uio.no/statusrapport2023)

Farmasøyter på apotek henviser også ofte gravide og ammende til Relis sin nettbaserte publikumstjeneste, hvor alle kan stille spørsmål knyttet til legemidler.

DMP mener derfor at Relis bidrar med informasjonstjenester som apotekene bruker og har nytte av. Et eventuelt bortfall av legemiddeldetaljstavgiften som finansieringskilde for de regionale legemiddelinformasjonssettene, vil i så fall kreve alternative finansieringskilder og forskriftsendring jf. grossistforskriften § 26.

## 2.12 Driftsstøtte til apotek

Formålet med tilskudd til apotek – driftsstøtteordningen, er å sikre apotekdrift i områder av landet hvor befolkningsstruktur og tjenestetilbudet ellers gjør det naturlig, men hvor det økonomiske grunnlaget for lønnsom drift er krevende. Driftsstøtte gis også til apotek med pålagt vakt eller spesielle samfunnsmessige funksjoner. Ordningen omfatter dermed apotek i distriktene som har liten omsetning og apotek som er pålagt vakt av myndighetene, og som samtidig har negativt driftsresultat i foregående driftsår.

I tillegg har Agilera Pharma AS (tidligere Institutt for Energiteknikk - IFE) mottatt driftstøttemidler fra samme ordning. Agilera utfører enkelte oppgaver knyttet til radiofarmaka, som er vurdert til å være myndighetsoppgaver.

Driftsstøtten til apotek bevilges årlig over statsbudsjettet. I siste femårsperiode er det bevilget mellom 5,8 og 7,4 millioner kroner per år til apotekene. Apotekene søker selv om midler fra støtteordningen. Dersom det totale søknadsbeløpet for driftsstøtte overstiger bevilgningen, blir utbetalt beløp til apotekene avkortet. Vaktapotekene vil normalt ikke få avkortet driftsstøtte fra det søkte beløp, da vakt delen av apotekvirksomheten er en oppgave som er pålagt av myndighetene.

### 2.12.1 Distriktsapotek

Driftsstøtten utbetales til apotek med negativt driftsresultat foregående år, etter at bestemte økonomiske (inkludert økonomisk forsvarlighet) og geografiske kriterier, samt krav til faglig forvarlighet, er oppfylt.

Apotekene er inndelte i sentralitetsklasser fra 1 til 6, hvor klasse 6 er apotek som befinner seg i de minst sentrale strøkene i landet. Tabell 16 i kapittel 2.6 viser at i alt 9 apotek i sentralitetsklasse 6, gikk med underskudd i driftsåret 2023.

For søkere av driftsstøttemidler i 2023, tilhørte seks av apotekene klasse 6 – hvorav tre frittstående apotek. To av søkerne tilhørte klasse 5, en søker var i klasse 4, mens ett apotek var uplassert siden apoteket ikke hadde hatt et helt driftsår i 2023.

Ti distriktsapotek søkte om støtte for driftsåret 2023. De ni distriktsapotekene som fikk støtte for driftsåret 2023, mottok fra 40 000 til 1 024 000 kroner, til sammen 4,5 millioner kroner, jf. tabell 26.

**Tabell 26: Driftsstøtte til distriktsapotek for driftsårene 2019-2023 (i mill. kr).**

Driftsår	Antall søkere	Innvilgede søknader	Totalt søkt beløp	Totalt tildelt beløp
2019	8	7	3,3	3,2
2020	6	6	2,5	2,1
2021	8	6	4,4	3,0
2022	3	3	2,2	2,2
2023	10	9	6,5	4,5

Kilde: DMP.

Det relativt lave søknadsbeløpet for driftsåret 2022, skyldes at to søknader fra en av apotekkjedene ble levert inn for sent til at disse kunne inkluderes i vedtaket. Når vi tar hensyn til dette ser vi at det er en trend mot at apotekene samlet søker et høyere driftsstøttebeløp, med et toppår i driftsåret 2023.

### 2.12.2 Vaktapotek

I alt 13 apotek er pålagt vaktordning med utvidet åpningstid. Driftsstøtte til vaktapotek er begrenset til å gjelde underskudd på vaktdriften.<sup>16</sup> Det er et krav om at apoteket driver faglig og økonomisk forsvarlig.

Fem apotek fikk tildelt støtte i 2023, hvor de mottok fra 99 000 til 379 000 kroner. Totalt søkt og bevilget beløp for driftsåret 2023 var i underkant av 0,9 millioner kroner, jf. tabell 27.

**Tabell 27: Driftsstøtte til vaktapotek for driftsårene 2019-2023 (i mill. kr).**

Driftsår	Antall søkere	Innvilgede søknader	Totalt søkt beløp	Totalt tildelt beløp
2019	6	6	0,9	0,9
2020	6	6	0,8	0,8
2021	5	5	0,7	0,7
2022	3	3	0,3	0,3
2023	5	5	0,9	0,9

Kilde: DMP.

Det relativt lave søknadsbeløpet for driftsåret 2022, skyldes at søknadene fra fire vaktapotek kom inn for sent til at disse kunne inkluderes i vedtaket om utdeling av driftsmidler.

### 2.12.3 Agilera Pharma

Agilera Pharma mottar driftsstøttemidler for utførelse av myndighetsoppgaver hvor de er eneleverandør. I motsetning til distrikts- og vaktapotekene som mottar driftsstøtte for foregående driftsår, mottar Agilera Pharma tilskuddsmidler for inneværende driftsår, det vil si på forskudd.

For 2024 fikk Agilera Pharma tilskudd for radiofarmasøytisk råd- og veiledningstjeneste, deltakelse i ekspertgruppe i radiofarmasi og farmakopéarbeid, samt kostnader forbundet med visse kostnader for miljø og strålevern.

Agilera Pharma har søkt driftsstøttemidler for mellom 2 og 3,5 millioner kroner årlig, og samtidig blitt tildelt mellom 2 og 2,8 millioner kroner i støtte, i perioden 2020 – 2024, jf. tabell 28.

**Tabell 28: Driftsstøtte til Agilera Pharma i perioden 2020-2024 (i mill. kr).**

Driftsår	Totalt søkt beløp	Totalt tildelt beløp
2020	3,0	2,3
2021	2,4	2,4
2022	2,0	2,0
2023	3,5	2,8
2024	2,6	2,0

Kilde: DMP.

<sup>16</sup> Det føres eget regnskap for apotekdriftens vaktandel.

## 2.12.4 Vurdering av driftsstøtteordningen

### **Distrikts- og vaktapotekene**

Behovet for driftsstøtte til vakt- og distriktsapotekene vil avhenge av innretningen på apotekavansen. Størrelsen på tilskuddet må derfor ses i sammenheng med denne. Når vi ser på egenkapitalandelen i apotekene, så har den vært avtakende i de senere årene. Særlig er soliditeten i frittstående apotek lav, se kapittel 9.2.4.

I dag er det flere apotek med store avstander til nærmeste apotek.<sup>17</sup> Det er viktig at apotekdekningen ikke svekkes i områder hvor reisevei til nærmeste apotek er særlig lang, så lenge det er økonomisk grunnlag for drift.

For driftsåret 2023 har flere distriktsapotek søkt om driftsstøtte enn tidligere. Samtidig er samlet søknadsbeløp betydelig høyere. Dette indikerer at med den frem til nå gjeldende avansemodellen, er det et økende antall distriktsapotek som går med underskudd og derfor har behov for støtte.

Omsetningen i apotek i de minst sentrale kommunene er vesentlig lavere enn omsetningen i apotekene i de mest sentrale kommunene, jf. tabell 15 i kapittel 2.6. Apotekene har i gjennomsnitt lavere marginer på reseptpliktige legemidler enn handelsvarer. I distriktene utgjør salg av reseptpliktige legemidler en større andel av omsetningen sammenlignet med apotekene i sentrale strøk. Dette gjør distriktsapotekene særlig sårbare for stramme rammevilkår.

Til tross for dette, får de mest usentrale apotekene (sentralitetsklasse 5 og 6), relativt sjeldnere negativt driftsresultat sammenliknet med apotek i de mer sentrale områdene, jf. tabell 16 i kapittel 2.6.<sup>18</sup>

Driftsstøtteordningen er likevel viktig for distriktsapotek som går med underskudd. Som påpekt vil handlingsrommet til mange slike apotek være begrenset. Ordningen fungerer derfor som en viktig buffer mot eventuelle underskudd. Særlig antas risikoen å reduseres for frittstående apotek. Det er rimelig å anta at driftsstøtteordningen senker terskelen for å etablere og drive apotek i geografisk usentrale strøk, selv om andelen apotek i sentralitetsklasse 6 har blitt redusert med tre apotek sammenlignet med 2019.<sup>19</sup>

Ut fra formålet med driftsstøtten vurderer DMP det som viktig å videreføre - og om nødvendig styrke ordningen med driftsstøtte til distriktsapotek, for å opprettholde apotekdekningen i lite sentrale områder av landet. En styrking av ordningen kan gjøres gjennom:

- Utbetaling av driftsstøtte, uten avkortning, i de tilfellene vilkårene er oppfylt. Det må skapes budsjettmessig rom for en slik ordning.
- Økt fleksibilitet til å kunne innvilge driftsstøtte for apotek i områder der apotekdekningen vurderes som særlig utsatt. DMP vil eventuelt utarbeide egne kriterier for dette.

Så lenge noen apotek pålegges vakt, bør myndighetene dekke eventuelle underskudd disse apotekene har med denne virksomheten. Driftsstøtteordningen for vaktapotekene bør derfor videreføres slik den er i dag.

### **Agilera Pharma**

Søknadskriteriene for Agilera Pharma skiller seg fra distrikts- og vaktapotekene. Mens apotekene søker tilskudd for å dekke underskudd på apotekdriften, søker Agilera Pharma tilskudd på bakgrunn av at selskapet utfører oppgaver eller tjenester, som kan være tilskuddsberettigede. Disse oppgavene

<sup>17</sup> Avstand opptil 230 km til nærmeste apotek.

<sup>18</sup> Per 2023 befinner 26 apotek (primærapotek med helt driftsår) seg i sentralitetsklasse 6 – apotek i de minst sentrale strøkene.

<sup>19</sup> Av de 31 apotekene som har blitt nedlagt i perioden januar 2023 til juni 2024, tilhørte to apotek sentralitetsklasse 5, og ingen i klasse 6. Ingen av disse har mottatt driftsstøttemidler.

er vesensforskjellige fra dem som utføres i apotekene. Videre tildeles driftsmidler i apotekene og Agilera Pharma på bakgrunn av ulike driftsår, jf. kap. 2.12.3.

Mulighetene for DMP til å kontrollere og få bekreftet informasjon som danner grunnlag for søknadene, er samtidig ulike. Distrikts- og vaktapotekene leverer revisorattesterte regnskapsskjemaer som bekrefter søknadsgrunnlaget. Agilera Pharma søker derimot midler på bakgrunn av en redegjørelse av tjenestene som skal utføres, med tilhørende budsjett. Agilera Pharma leverer samtidig regnskap over bruk av midler fra foregående år. DMP har imidlertid ikke hjemmel til å ettergå regnskapet fra Agilera Pharma.

På denne bakgrunn vurderer DMP at det vil det være hensiktsmessig å skille ut tilskudd til Agilera Pharma fra driftsstøtteordningen. Dette vil tydeliggjøre rammene og fordelingen av tilskuddet. Et eventuelt tilskudd til Agilera Pharma bør i så fall inngå som en egen ordning/post, hvor DMP gis hjemmel for å kontrollere regnskap over bruken av tilskuddet.

## 2.13 Fraktrefusjonsordningen

Dagens fraktrefusjonsordning dekker 100 % av fraktkostnadene for enkelte legemidler til pasienter som oppfyller medisinske og geografiske kriterier, jf. Apotekforskriften § 44. Ordningen gjelder primært for pasienter med alvorlig sykdom og langvarig behandling, som har lang reisevei til apotek eller er for syke til å reise, og omfatter legemidler under blåreseptforskriftens § 4, samt § 2 og § 3, når disse er forskrevet med refusjonskoder fritatt fra egenandel.

Apotekene gjør utlegg og sender månedlig krav om fraktrefusjon til DMP på vegne av kundene.

**Tabell 29: Fraktrefusjonsutbetalinger i perioden 2020-2023.**

År	Utbetaling	Tildelingsbrev	Antall sykehusapotek	Antall andre apotek
2020	2 626 343	2 250 000	9	1
2021	3 699 869	2 500 000	10	1
2022	3 102 573	3 500 000	15	1
2023	3 333 407	3 800 000	18	1

Kilde: DMP.

Innsendte fraktrefusjonskrav har økt i perioden 2020-2023. Samtidig ser vi også en økning i antall sykehusapotek som sender inn fraktrefusjonskrav, jf. tabell 29. I 2024 er totalsummen av fraktrefusjonskravene høyere enn tidligere år, og kan komme til å overstige bevilgningen som er gitt over statsbudsjettet.

Apotek kan kreve betaling av kunden for frakt, og fraktprisene må være rimelige og tydelig oppgitt ved netthandel. Før 2017 dekket ordningen også 50 % av fraktkostnadene for pasienter med lang reisevei eller helsemessige utfordringer, men dette ble fjernet blant annet fordi frakt ble sett på som en konkurransefaktor blant apotek. Ordningen med dekning av fraktutgifter finansieres gjennom legemiddeldetaljistavgiften, jf. legemiddelloven § 18 og grossistforskriften kapittel VI. I NOU 2023: 2 foreslås det at fraktrefusjonsordningen med 50 % refusjon gjeninnføres.

### **Apotekkartlegging**

Apotekkartleggingen som DMP har gjennomført for 2023, viser at 401 apotek hadde forsendelser av legemidler i 2023. Multidoseapotekene Apotek1 Skåresletta og Vitusapotek AB28 stod for omtrent halvparten av alle forsendelsene. Fire av 18 registrerte nettapotek utfører rundt 100 % forsendelse av reseptene som ekspederes over nett.

### 2.13.1 Evaluering av fraktrefusjonsordningen

Spørsmålet om endring i reglene for fraktrefusjon ble vurdert i NOU 2023:2 Fremtidens apotek, hvor det ble drøftet om man skulle gjeninnføre den tidligere ordningen med fraktrefusjon på 50 %.

Apotekene har ingen forsendelsesplikt, og forsendelse er en frivillig tjeneste for de fysiske apotekene fordi de er faglig ansvarlig for å sikre at legemidlet kommer frem til mottakeren uten kvalitetsforringelse. Ved salg av reseptpliktige legemidler på nett skal apotek tilby alle legemidler som er tillatt solgt i Norge, jf. apotekloven § 5-3. Apoteket kan imidlertid unnlate å sende legemidler som har spesielle krav til oppbevaring, forsendelse eller holdbarhet, samt legemidler som krever særlig aktsomhet ved utlevering. Nettstedet skal gi informasjon om leveringstid, pris, og hvilke legemidler som eventuelt ikke sendes, jf. apotekforskriften § 42. Apotekene kan derfor avstå fra å tilby forsendelse hvis de ikke kompenseres for blant annet kostnader til emballasje og arbeidstid. Samtidig kan forsendelse fra apotek representere en mulig inntektskilde for apotekene.

Intensjonen med fraktrefusjonsordningen er at den bør beholdes pasienter med dokumenterbare behov, og ikke som et salgsfremmende tiltak. Pasienter som er for syke til å hente legemidler selv, har ofte allerede tilgang til hjemmesykepleie eller lignende tjenester. En lav terskel for fraktrefusjon kan føre til overforbruk av ordningen.

### 2.13.2 Beskrivelse av 50 %-ordningen med fraktrefusjon

Tabell 30 og 31 viser antall apotek som sendte inn krav for 50 % dekning de siste tre årene før ordningen ble avsluttet, og utbetalinger til de to ordningene med henholdsvis 100 % og 50 % fraktrefusjon.

**Tabell 30: Antall apotek som mottok fraktrefusjon før avviklingen av 50 %-ordningen.**

Apotek	2014	2015	2016
Sykehusapotek	16	10	24
Andre apotek	119	130	132
<b>Totalt</b>	<b>135</b>	<b>140</b>	<b>156</b>

Kilde: DMP.

**Tabell 31: Utbetalinger av fraktrefusjon før avviklingen av 50 %-ordningen.**

År	100 %-ordning	50 %-ordning
2014	1 167 937	17 475 247
2015	1 256 216	17 743 770
2016	1 360 353	16 788 335

Kilde: DMP.

### 2.13.3 Vurdering av gjeninnføring av 50 %-ordningen

Ved en eventuell gjeninnføring av 50 %-ordningen, forventes antall søknader om fraktrefusjon å øke betydelig. DMP saksbehandler fraktrefusjonskrav manuelt og har i dag ikke systemkapasitet til å håndtere en slik økning. Apotekene bruker også interne ressurser på manuell innsending av krav. For å redusere den administrative belastningen for apotekene og myndighetene, måtte trolig en helhetlig digitaliseringsløsning iverksettes, og vilkår for bruk av ordningen etableres.

Dersom det innføres en 50 % fraktrefusjonsordning vil dette håndteres av primærapotek, nettapotek og sykehusapotek. Rent praktisk burde fraktkostnader registreres ved ekspedering av resepten og fraktrefusjon mottas via Helfo-oppgjør. Dette ville sikret en smidigere administrasjon og direkte økonomisk håndtering, slik at apotekene ikke påføres unødig administrativt arbeid. En slik løsning vil

også bidra til bedre kontroll og oversikt over fraktkostnadene, som knyttes direkte til utleveringen.

### ***Konsekvenser for pasienter og apotek***

En 50 %-fraktrefusjonsordning kan redusere kostnadene for pasienter som har lang reisevei eller helseutfordringer. For apoteket vil dette medføre økt arbeid med håndtering av bestilling, emballasje og transport uten at de nødvendigvis får kompensasjon for merarbeidet.

Forhåndsbestemte fraktpriser differensiert etter transportkrav kan sikre rettferdig dekning for mer krevende forsendelser, men kan også kreve mer administrasjon, som vil øke kostnadene for både apotekene og myndighetene som håndterer ordningen.

En 50 %-fraktrefusjonsordning kan føre til at insentivene for å velge rimeligste frakt- og emballaseløsninger svekkes. Å sette en makspris for refusjon kan være et alternativ, men kan føre til at apotekene begrenser hvilke legemidler de sender, og kan dermed påvirke pasientenes tilgang.

En gjeninnføring av 50 %-ordningen vil medføre at legemiddeldetaljistavgiften, med dagens sats, ikke vil være tilstrekkelig for å finansiere formålet. Kostnadene vil øke betydelig og DMP mener det ikke er rimelig at apotekene skal belastes for denne utgiften.

## **2.13.4 DMPs anbefaling**

DMP anbefaler at 50 %-ordningen ikke gjeninnføres, da den vil omfatte et større omfang av apotek og være kostbar å implementere. En slik ordning vil være vanskelig å målrette og det vil være utfordringer med å identifisere refusjonsberettigede pasientgrupper. Ordningen vil skape økt arbeidsbelastning for apotekene og mulig kreve innføring av arbeidspriser for å kompensere for dette. Dermed kan ordningen føre til ytterligere kostnader og merarbeid for myndighetene, både administrativt og i form av økte IT- og utviklingskostnader.

### ***Videreføring av 100 %-ordningen***

DMP vurderer at den nåværende 100 %-ordningen er mer målrettet og bedre tilpasset pasientenes behov. Ordningen vil fortsatt være et viktig tilbud der forsendelse av legemidler er nødvendig grunnet geografiske forhold, pasientens helsetilstand eller andre omstendigheter som gjør utlevering i apotek til en særlig belastning for kunden.

### ***Overføring av finansieringsansvaret til helseforetakene***

De regionale helseforetakene har den beste innsikten i behandlingsregimet for de pasientgruppene som har 100 % fraktrefusjon i dag. Tabell 29 viser at de fleste fraktrefusjonsberettigende forsendelser gjøres fra sykehusapotek. I tidligere dialog med departementet, blant annet i høringsvar til NOU 2023: 2 Fremtidens apotek, har DMP foreslått at fraktrefusjonsordningen overføres til helseforetakene. Der anbefales det at det økonomiske og administrative ansvaret for fraktrefusjonsordningen overføres til helseforetakene. Siden helseforetakene er i kontakt med de aktuelle pasientgruppene vil de være bedre i stand til å administrere ordningen på en måte som møter de spesifikke behovene i deres regioner.

## **2.14 Eksklusivitetsavtaler**

Eksklusivitetsavtaler er avtaler der en aktør, som et apotek eller apotekkjede, sikrer seg enerett til å drive virksomhet på spesifikke eiendommer.<sup>20</sup> En eksklusivitetsavtale kan blant annet inngås med et eiendomsselskap, hvilket kan innebære enerett til ett eller flere av selskapets eiendommer, både lokalt og på tvers av kommuner og fylker. I NOU-rapportens kapittel 6 omtaler en aktør eksklusivitetsavtaler som etableringshindre.

<sup>20</sup> Konkurranseretten omtales i Konkurranselovens § 10 og § 11: [Lov om konkurranse mellom foretak og kontroll med foretakssammenslutninger \(konkurranseloven\) - Kapittel 3. Forbudte konkurransebegrensninger - Lovdata](#)



Konkurransen kan fremme bedre tjenester og lavere priser, men eksklusivitetsavtaler kan begrense dette ved å hindre nye aktører fra å etablere seg. Dette kan blant annet føre til at mindre lønnsomme apotek forblir i drift, med færre insentiver til kostnadseffektivisering. DMP har ikke innsyn i slike avtaler og kan derfor ikke vurdere om apotek mottar støtte fordi andre aktører er hindret i etablering.

Omfang og hva eksklusivitetsavtaler konkret innebærer, har ikke DMP kjennskap til. I dagligvarebransjen har Nærings- og fiskeridepartementet innført et forbud mot eksklusivitetsavtaler gjennom Forskrift om forbud mot negative servitutter som begrenser etablering av dagligvarevirksomhet, med ikrafttredelse 1. januar 2024.<sup>21</sup> Selv om forbudet kun gjelder nye avtaler, forventes det at eksisterende avtaler som hemmer konkurransen også avvikles.

## 2.15 Endringer i sentrale lover og forskrifter mv

Siden siste evaluering i 2020 har enkelte lover og forskrifter blitt endret for å tilpasse seg blant annet bransjeutviklingen, samfunnsbehov, satsninger over statsbudsjettet, pasientsikkerhet og nye krav i helsesektoren. Endringene er stadig pågående, og ikke alle endringene har tredd i kraft ennå. Rapportens Vedlegg 1 viser oversikt over aktuelle regelverksendringer. Nedenfor følger en liste over de mest relevante endringene i sentrale lover og forskrifter for denne evalueringsperioden:

### Legemiddeloven

- § 6: Fra 01.07.2021 Trinnpris skal også kunne fastsettes basert på konkurranse fra biotilsvarende legemidler, og ikke kun generiske legemidler som tidligere. Dette endrer hvordan trinnprisen beregnes og utvider konkurransespekteret.

Fra 01.07.2021 kan departementet fastsette forskrift om maksimal grossistavanse ved distribusjon av helseforetaksfinansierte legemidler, samt gjennomføringen av slik distribusjon.

- § 18 a: Fra 25.06.2024 har departementet, ved situasjoner med mulig mangel på legemidler i Norge, fullmakt til å pålegge grossister og foretak involvert i grossistvirksomhet, restriksjoner på salg, utlevering og paralleleksport av legemidler.

### Legemiddelforskriften

- § 12-15: Fra 01.07.2021 ble biotilsvarende legemidler inkludert i trinnprissystemet, og det ble endringer i kuttsatser i trinnprissystemet: 25 % for biologiske/biotilsvarende og 35 % for andre legemidler ved innføring av generisk konkurranse, økt til 70 % og 81 % etter 6 mnd.

Fra 01.01.2022 ble første trinnpriskutt avviklet, og andre trinnpriskutt ble innført direkte med en prisreduksjon på 81 % for ikke-biologiske legemidler ved oppstått generisk eller biotilsvarende konkurranse. Nye prosentreduksjoner introduseres etter 6 måneder uten spesifikke betingelser for biologiske/biotilsvarende legemidler (70 %).

Fra 01.01.2024 kan Direktoratet for medisinske produkter innføre neste kutt tidligst 18 måneder (tidl. 12 måneder) etter stabil generisk eller biotilsvarende konkurranse.

Fra 15.02.2024 ble pantoprazol tilføyd i trinnprissystemet med en kuttsats på 88 % av utgangsprisen.

- § 15-12: Fra 01.01.2022 kan Direktoratet for medisinske produkter ilegge overtredelsesgebyr for brudd på spesifikke bestemmelser i legemiddeloven med maksimumsgrenser basert på folketrygdens grunnbeløp.

<sup>21</sup> [Forskrift om forbud mot negative servitutter som begrenser etablering av dagligvarevirksomhet - Lovdata](#)

Fra 04.04.2022 presiseres det ytterligere hvilke bestemmelser i legemiddel- og narkotikaforskriften som inngår.

### Blåreseptforskriften

- § 8: Fra 01.01.2023 ble pasientens egenandel for medisinske produkter utlevert på blå resept økt fra 39 % til 50 %, med et fortsatt maksimalbeløp på kr 520 per resept.

### Apotekloven

- § 5-4: Fra 01.07.2024 innførtes krav om at apotek må gi departementet elektronisk oversikt over lagerstatus ved risiko for legemiddelmangel, noe som forbedrer beredskap og sikrer stabil tilgang til viktige medisiner for befolkningen.
- § 6-12: Fra 01.07.2024 kan departementet, ved fare for legemiddelmangel, innføre begrensninger for apotekenes salg og utlevering (rasjonering). Regelverk for håndtering av slike situasjoner kan utformes av departementet gjennom forskrift.
- § 9-6: Fra 01.01.2022 kan departementet ilegge overtredelsesgebyr til enheter som unnlater å melde fra om konsesjonsoverdragelse (§ 3-8 annet ledd).

### Apotekforskriften

- § 27: Fra 27.03.2020 kan apotek uten grossisttillatelse, felles driftskonsesjon eller samme apotekkonsesjonær levere legemidler til hverandre ved urimelige ulemper for kunden eller midlertidig stenging av det leverende apoteket.

Fra 02.09.2020 ble bestemmelsen utvidet til også å inkludere leveranser i tilfeller med fare for mangelsituasjoner og for legemidler i klinisk utprøving, samt innførte forpliktelsen til å kontrollere legemidler for forfalskning før leveranse, unntatt ved overdragelse av apotek.

### Grossistforskriften

- § 5 a: Fra 15.08.2024 skal legemiddelgrossister rapportere beredskapslager til Helsedirektoratet, med lagerstørrelsen definert som total beholdning (av varer listet i forskriftens vedlegg) minus 20 dagers ordinær omsetning. Grossister kompenseres for beredskapsplikt etter § 5, basert på faktisk lager. Ordningen forvaltes av Helsedirektoratet:
  - Kompensasjon for kapitalkostnader utregnes fra maksimal AIP for beredskapslageret med en reduksjon på 10 %. Renten som brukes er NIBOR pluss et tillegg på 2 %, fastslått på månedens siste dag.
  - For håndtering og lagring av legemidler utbetales en sats på 4 NOK per pakning
  - Kjølepliktige varer, samt A- og B-preparater får økt sats på 8 NOK per pakning.
  - Kostnader for ukurans kompenseres med opptil 10 % av verdien.
  - Kompensasjon til grossistene utbetales månedlig basert på rapportert lagerbeholdning.

## 2.16 Svensk avansmodell<sup>22</sup>

Sverige er et land som vi ofte sammenligner oss med. På mange områder finnes det fellestrekk mellom de to nabolandene, men det kan også være betydelige forskjeller. I dette kapitlet gir vi en kort redegjørelse av det svenske apotekmarkedet og den svenske apotekmodellen. For nærmere beskrivelse av utformingen av den såkalte handelsmarginalen viser vi til det svenske Tandvårds- og läkemedelsförmånsverkets rapport, *2023 års uppföljning av apoteksmarknadens utveckling*.

<sup>22</sup> Beskrivelser og data er hentet fra rapporten *2023 års uppföljning av apoteksmarknadens utveckling*, Tandvårds- og läkemedelsförmånsverket, september 2023.

### **Det svenske apotekmarkedet**

Apotekmarkedet i Sverige består av fire apotekkjeder og 39 uavhengige apotekoperatører med ett eller flere apotek - totalt 43 apotek, samt tre rene e-handelsapotek. Omsetningen i apotekmarkedet var i 2022 på totalt 54,1 milliarder svenske kroner, en vekst på 4,7 % fra 2021.

Antall fysiske apotek i 2022 er omtrent 1400, noe som utgjør nær 14 apotek per 100 000 innbyggere. Fysiske apotek står for rundt 80 % av den totale salgsverdien i apotekmarkedet. Om lag 78 % av den svenske befolkningen har mindre enn 5 minutters reisetid til nærmeste apotek. For 99 % av befolkningen er tilsvarende reisetid under 20 minutter.

Flere svenske myndigheter har ansvar inn mot apotekene og apotekmarkedet. Det svenske Tandvårds- og läkemedelsförmånsverket - TLV, er den statlige myndigheten som har i oppgave å skape forutsetninger for et velfungerende apotekmarked, og fastsetter blant annet størrelsen på den såkalte handelsmarginen.

### **Handelsmarginen på legemidler**

Handelsmarginen er den kompensasjonen apotekene får for håndtering av reseptbelagte legemidler i apotek. Handelsmarginen er differansen mellom apotekets utsalgspris (AUP) og innkjøpspris (AIP). TLV oppgir at handelsmarginen blir utformet for å bidra til å nå målene for apotekmarkedet, det vil si å gi forbrukerne økt tilgang til medisiner, bedre service og et bedre utvalg av tjenester, samt å arbeide for lave legemiddelkostnader til fordel for forbrukere og stat.

Handelsmarginen øker kjøpesummen på varen. Det betyr at apoteket får en høyere kompensasjon jo høyere pris på produktet, opp til et tak. Kompensasjonen/handelsmarginen varierer avhengig av produktkategorien som produktet tilhører, det vil si mellom medisiner med og uten konkurranse, medisinske forbruksvarer og stomiartikler. Her utgjør de to første produktkategoriene om lag 95 % av omsetningen.

### **Endringer i handelsmarginen i 2024**

Tross veksten i omsetning og bruttoresultat, har apotekenes driftskostnader økt mer enn inntektene i de senere årene, noe som gir utslag iblant annet lavere driftsresultat. Driftsresultatene til apotekene har hatt en avtagende utvikling siden 2016.

TLV vurderer at apotekene har en begrenset evne til å kompensere kostnadsøkninger med prisøkninger, siden en stor del av virksomheten har faste priser. En sårbarhetsanalyse utført av TLV viste at om lag 11 % av Sveriges apotek kan vurderes som ekstra sårbare ved økte kostnader, uten tilsvarende økning i inntekter.

De svenske apotekenes utgifter har økt som en følge av markant økende lønnskostnader og leiekostnader på lokaler, investeringer til e-handel, pressede marginer på varer med fri prissetting, samt redusert inntjening ved parallellhandel - som en følge av svakere svensk krone. På bakgrunn av kostnadsutviklingen, vurderte TLV i sin årlige rapport om oppfølgingen av apotekmarkedets utvikling, at det til sammen er et økonomisk behov for å øke apotekenes inntekter med om lag 658 millioner svenske kroner per år.

For å sikre et fortsatt velfungerende apotekmarked og god tilgjengelighet til apotek tjenester, anså TLV at det var nødvendig å endre handelsmarginen med tilsvarende beløp, det vil si øke handelsmarginen fra 5,6 milliarder svenske kroner til 6,3 milliarder svenske kroner, per år. Økningen tilsvarte en økning av handelsmargin på 12 %. Handelsmarginene ble endret med virkning fra 1. mars 2024.<sup>23</sup>

<sup>23</sup> Jf. nyhetssak på TLVs hjemmeside, *Höjning av apotekens handelsmarginal från 1. mars*.

### 3. Reseptpliktig omsetning fordelt på distribusjonsleddene

DMP forvalter maksimalpris- og trinnprisregulering, samt anbud på legemidler på blåresept. I tillegg har helseforetakene anbud og LIS-avtaler/innkjøpsavtaler for H-resept og LAR-legemidler.

Pris på reseptpliktige legemidler er regulert gjennom maksimalpriser på AIP- og AUP-nivå, eller trinnprisregulering på AUP-nivå.

I tabellene og figurene nedenfor har Oslo Economics kartlagt hvordan reseptomsetning av legemidler til mennesker er fordelt i distribusjonsleddene, leverandør, grossist, apotek og avgifter til staten, i fem forskjellige segmenter:

- Trinnpris
- Maksimalpris
- Legemidler på godkjenningfritak
- H-resept
- LAR-legemidler

Prissystemene er virkemidler for å oppnå legemiddelpolitiske målsettinger som likeverdig og rask tilgang til effektive legemidler og legemidler til lavest mulig pris.

Årlig vekst er i dette kapittelet og ellers i rapporten, beregnet ut ifra geometrisk vekstrate, gitt ved formelen  $\left(\frac{x_n}{x_0}\right)^{\frac{1}{n}} - 1$ .

Tabell 32 og tabell 33 nedenfor, viser en oversikt over henholdsvis apotekomsetningen av reseptpliktige legemidler målt i nominelle kroner og en oversikt over antall pakninger solgt. Fra 2020 til 2023 har omsetning på H-resept økt med 17,5 %, målt i nominelle kroner, og 69,8 % målt i antall pakninger. LAR-omsetningen (MT) har i samme periode vært relativt stabil, mens antall pakninger solgt har falt med 22,5 %.

**Tabell 32: Reseptomsetning av reseptpliktige legemidler (mill. kr, omsetning inkl. mva).**

Beskrivelse	2020	2021	2022	2023	Årlig vekst	Vekst i perioden
H-resept (MT)	5 796	6 530	6 604	6 808	5,5 %	17,5 %
H-resept (godkjenningfritak)	22	34	33	34	15,8 %	55,1 %
LAR-legemidler (MT)	141	151	154	147	1,5 %	4,6 %
LAR-legemidler (godkjenningfritak)	11	6	2	2	-45,1 %	-83,5 %
Trinnprislegemidler (MT)	3 773	4 113	4 450	4 753	8,0 %	26,0 %
Legemidler med maksimalpris (MT) (ekskl. LAR, trinnpris og H-resept)	11 335	12 257	13 381	14 863	9,5 %	31,1 %
Annet (legemidler med MT)	513	497	533	605	5,6 %	17,9 %
Annet (godkjenningfritak)	502	495	492	1 394	40,6 %	177,8 %
<b>Sum reseptomsetning reseptpliktige legemidler</b>	<b>22 093</b>	<b>24 083</b>	<b>25 649</b>	<b>28 607</b>	<b>9,0 %</b>	<b>29,5 %</b>
Sum markedsføringstillatelse (MT)	21 559	23 548	25 122	27 177	8,0 %	26,1 %
Sum godkjenningfritak	535	535	527	1 430	38,8 %	167,5 %
Ordrelinje	5 288	5 708	6 086	6 511	7,2 %	23,1 %

\*Inkludert veterinærresept og apotekfremstilte legemidler.

Kilde: Oslo Economics, basert på rådata fra Farmaloggs legemiddelstatistikk.

Veterinærresept og apotekfremstilte legemidler er inkludert i gruppen «Annet», i tabell 32 og 33. Avansen på disse legemidlene er ikke avanseregulert av myndighetene, men dette utgjør en svært liten andel, og gir kun mindre utslag i tallene.<sup>24</sup>

**Tabell 33: Antall pakninger solgt på resept (i tusen stk).**

Beskrivelse	2020	2021	2022	2023	Årlig vekst	Vekst i perioden
H-resept (MT)	806	1 093	1 265	1 369	19,3 %	69,8 %
H-resept (godkjenningfritak)	4	7	8	8	30,0 %	119,7 %
LAR-legemidler (MT)	623	581	525	483	-8,2 %	-22,5 %
LAR-legemidler (godkjenningfritak)	9	6	3	2	-36,6 %	-74,6 %
Trinnprislegemidler (MT)	20 983	22 575	24 151	25 401	6,6 %	21,1 %
Legemidler med maksimalpris (MT) (ekskl. LAR, trinnpris og H-resept)	32 144	32 280	32 655	33 908	1,8 %	5,5 %
Annet (legemidler med MT)	1 426	1 389	1 433	1 419	-0,1 %	-0,4 %
Annet (godkjenningfritak)	738	645	725	811	3,2 %	9,9 %
Sum reseptomsetning reseptpliktige legemidler	<b>56 732</b>	<b>58 576</b>	<b>60 765</b>	<b>63 402</b>	<b>3,8 %</b>	<b>11,8 %</b>
Sum markedsføringstillatelse (MT)	55 981	57 919	60 029	62 580	3,8 %	11,8 %
Sum godkjenningfritak	751	657	736	822	3,1 %	9,5 %
Ordrelinje	4 201	4 662	5 197	5 309	8,1 %	26,4 %

\* Inkludert veterinærresept og apotekfremstilte.

Kilde: Oslo Economics, basert på rådata fra Farmaloggs legemiddelstatistikk.

I 2023 ble det solgt 63,4 millioner pakninger på resept, hvorav 40,1 % var legemidler på trinnpris, og 53,5 % var legemidler på maksimalpris ekskludert legemidler på LAR og H-resept. H-resept utgjorde 2,2 % av antall solgte pakninger, men 23,8 % av omsetningen målt i nominelle kroner.

Tabell 34 viser avanseregulert legemiddelsalg for legemidler med markedsføringstillatelse i 2023-kroner. Salg fra veterinære og apotekfremstilte legemidler er ekskludert. Tall hentet fra Folkehelseinstituttets legemiddelgrossistdatabase, er basert på gjennomsnittlige grossistinnkjøpspriser rapportert inn fra grossistene. De vil derfor ikke være helt eksakte, men gir likevel et godt bilde.

Tabellen viser at det er solgt 11,9 % flere pakninger i 2023 enn i 2020. Omsetningen har økt med 8,6 %, mens samlet avanse steg med 3,7 % i perioden. Avanse per pakke har blitt redusert med 7,4 %.

**Tabell 34: Avanseregulert legemiddelsalg - Legemidler med MT.**

År	2020	2021	2022	2023	Årlig vekst	Vekst i perioden
Omsetning inkl. mva. (mill. 2023-kr)	29 950	31 568	31 815	32 532	2,8 %	8,6 %
Avanse (mill. 2023-kr)	3 430	3 619	3 578	3 556	1,2 %	3,7 %
Antall pakninger (mill.)	60	62	64	67	3,8 %	11,9 %
AUP per pakning (2023-kr)	501	511	496	486	-1,0 %	-2,9 %
Avanse per pakning (2023-kr)	57	59	56	53	-2,5 %	-7,4 %

\* Ekskludert veterinær og apotekfremstilte legemidler.

Kilde: Oslo Economics, basert på rådata fra Farmaloggs legemiddelstatistikk og FHIs grossiststatistikk.

<sup>24</sup> SSB tabell 08981 er benyttet for KPI-justering til 2023-kroner.

### 3.1 Trinnprissegmentet

Trinnprissystemet ble innført i 2005 for å redusere pasientenes og folketrygdens kostnader. Når patentet på et legemiddel går ut, og originallegemidlene får konkurranse av generiske eller biotilsvarende preparater, forhandler grossistene om lavere priser fra legemiddelfirmaene. Grossistene får ofte senket prisen på originallegemiddelet, i tillegg til at generisk likeverdige legemidler introduseres til en lavere pris.<sup>25</sup>

I perioden 2020 til 2023 har trinnprisandelen av antall solgte pakninger på resept steget med 3,1 %, jf. tabell 33. Trinnprisandelen målt i kroneomsetning har derimot falt med 0,5 % i samme periode, som vist i tabell 32.

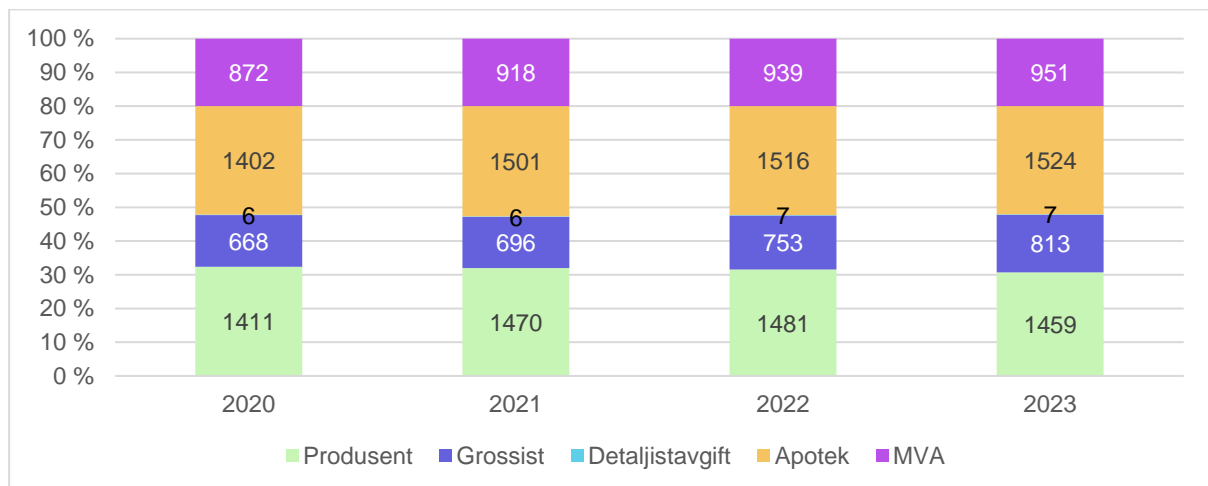
**Tabell 35: Omsetning AUP og antall solgte pakninger i trinnprismarkedet (reseptomsetning).**

Beskrivelse	2020	2021	2022	2023	Årlig vekst	Vekst i perioden
Omsetning inkl. mva. (mill. 2023-kr)	4 359	4 591	4 696	4 753	2,9 %	9,1 %
Antall solgte pakninger (mill. pkn.)	21	23	24	25	6,6 %	21,1 %
Antall ulike virkestoff	129	138	149	151	5,4 %	17,1 %
Generikaandel av antall pkn.	75,6 %	75,9 %	76,5 %	78,1 %		
Andel biotilsvarende av antall pkn.	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,3 %		
Legereservasjon	6,0 %	5,7 %	5,1 %	4,6 %		
Pasientreservasjon	9,4 %	9,2 %	8,9 %	7,3 %		

Kilde: Oslo Economics, basert på rådata fra Farmalogs legemiddelstatistikk.

Antall solgte pakninger i trinnprissegmentet har i gjennomsnitt vokst 6,6 % årlig fra 2020 til 2023, jf. tabell 35. Kroneomsetningen har hatt en årlig realvekst på 2,9 %. Generikaleverandørenes andel av antall solgte pakninger i trinnprismarkedet har økt fra 75,6 % til 78,1 %. Antall virkestoff på trinnpris har økt fra 129 til 151 virkestoff.

**Figur 8: Omsetningsfordeling i trinnprismarkedet (i mill. 2023-kr).**



Kilde: Oslo Economics, basert på rådata fra Farmalogg og FHIs legemiddelgrossiststatistikk.

Figur 8 viser at omsetningsandelen for apotekleddet i distribusjonskjeden for trinnprissegmentet har holdt seg stabil i perioden, mens grossistleddets andel har økt med 1,8 %. Produsentleddets andel har falt med 1,7 %. Apotekene og grossistenes kroneavanse har i samme periode i gjennomsnitt vokst

<sup>25</sup> Trinnpris - ikke-patenterte legemidler - Direktoratet for medisinske produkter (dmp.no)

med henholdsvis 2,8 % og 6,8 % reelt per år for trinnprismarkedet, mens produsentenes omsetning har økt 1,1 % årlig.

**Tabell 36: Gjennomsnittlig avanse i trinnprismarkedet.**

Beskrivelse	2020	2021	2022	2023	Årlig vekst	Vekst i perioden
Snitt AUP inkl. mva. 2023-kr per pkn.	207,7	203,4	194,5	187,1	-3,4 %	-9,9 %
Apotekavanse 2023-kr per pkn.	66,8	66,5	62,8	60,0	-3,5 %	-10,2 %
Grossistavanse 2023-kr per pkn.	31,8	30,8	31,2	32,0	0,2 %	0,5 %
Apotekavanse i % av AIP	67,4 %	69,3 %	67,9 %	67,1 %	-0,2 %	-0,5 %
Grossistavanse i % av GIP	47,4 %	47,3 %	50,8 %	55,7 %	5,6 %	17,6 %

Kilde: Oslo Economics, basert på rådata fra Farmalogg, FHIs legemiddelgrossiststatistikk og Sykehusinnkjøp.

Målt i 2023-kroner har gjennomsnittlig apotekavanse per solgte pakning i trinnprismarkedet gått ned fra 66,8 kroner i 2020 til 60,0 kroner i 2023, jf. tabell 36. Fra 2020 til 2023 har gjennomsnittlig apotekavanse per pakke falt med 6,8 kroner målt i 2023-kroner, som er en nedgang på 10,2 %. Grossistavansen per pakning er økt med 0,5 % fra 2020 til 2023, fra 31,8 kroner til 32,0 kroner i 2023-kroner. Både gjennomsnittlig utsalgspris (AUP) og apotekavanse per pakke har falt fra 2020 til 2023, mens grossistavansen har økt noe.

## 3.2 Maksimalprissegmentet

Maksimalprissegmentet er i denne rapporten definert som omsetning av reseptpliktige legemidler med markedsføringstillatelse som er maksimalprisregulerte. Legemidler på godkjenningssfritak, trinnpris, H-resept og LAR-legemidler, er ikke inkludert. Maksimalprisomsetningen utgjør litt over halvparten av reseptomsetningen, fra 51,3 % i 2020 til 52,0 % i 2023.

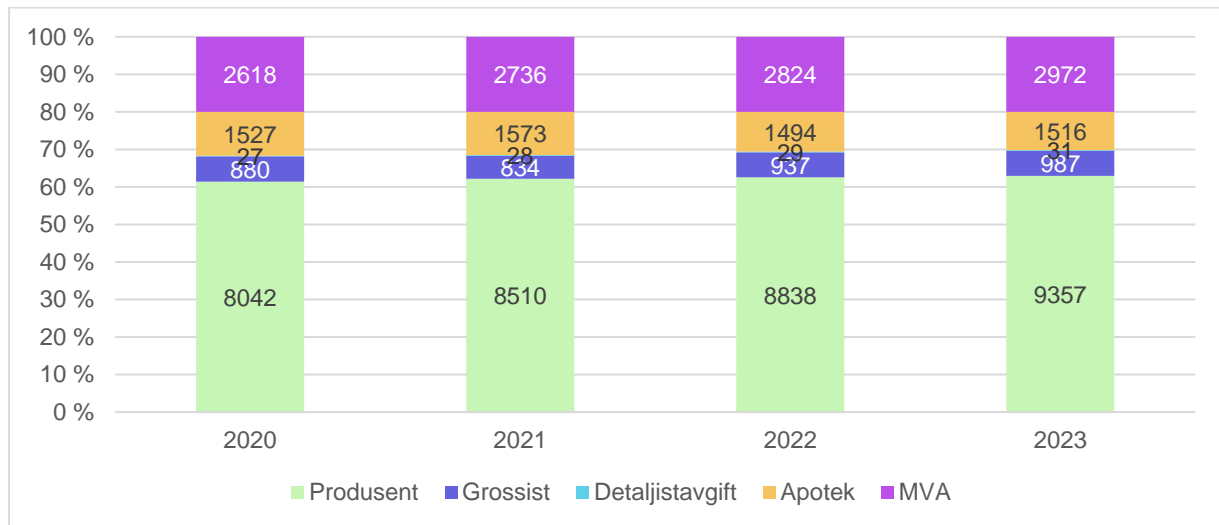
**Tabell 37: Omsetning og antall solgte pakninger i maksimalprismarkedet (reseptomsetning).**

Beskrivelse	2020	2021	2022	2023	Årlig vekst	Vekst i perioden
Omsetning inkl. mva (mill 2023-kr)	13 093	13 682	14 122	14 863	4,3 %	13,5 %
Antall solgte pakninger (mill pk.)	30,8	31,3	31,1	31,7	0,9 %	2,9 %
Antall ulike virkestoff	935	944	915	908	-1,0 %	-2,9 %

Kilde: Oslo Economics, basert på rådata fra Farmalogg.

Antall solgte pakninger i maksimalprissegmentet økte i gjennomsnitt med 0,9 % årlig fra 2020 til 2023. Omsetningen hadde en årlig realnedgang på 4,3 %, jf. tabell 37. Utviklingen skyldes blant annet at relativt dyre legemidler er overført fra blåresept til H-resept i løpet av perioden.

Fra figur 9 ser vi at produsentenes omsetning i maksimalprissegmentet har økt fra 8 042 millioner kroner i 2020 (målt i 2023-kroner), til 9 357 millioner kroner i 2023. Apotekenes del av omsetningen, var på 1 527 millioner 2023-kroner i 2020, og 1 516 millioner kroner i 2023. Grossistenes del av omsetningen økte fra 880 millioner 2023-kroner i 2020 til 987 millioner kroner i 2023. Prosentvis omsetningsandel har i perioden falt fra 11,7 % til 10,2 % for apotekene, og fra 6,7 % til 6,6 % for grossistene.

**Figur 9: Omsetningsfordeling i maksimalprismarkedet (i mill. 2023-kr).**

Kilde: Oslo Economics, basert på rådata fra Farmalogg, FHIs legemiddelgrossiststatistikk og Sykehusinnkjøp.

Gjennomsnittlig apotekavance per solgte pakning i maksimalprissegmentet er redusert fra 47,5 kroner i 2020 til 44,7 kroner i 2023, målt i 2023-kroner, jf. tabell 38.

**Tabell 38: Gjennomsnittlig avance i maksimalprismarkedet.**

Beskrivelse	2020	2021	2022	2023	Årlig vekst	Vekst i perioden
Snitt AUP inkl. mva. 2023-kr per pkn.	407,3	423,9	432,5	438,3	2,5 %	7,6 %
Apotekavance 2023-kr per pkn.	47,5	48,7	45,7	44,7	-2,0 %	-5,9 %
Grossistavance 2023-kr per pkn.	27,4	25,8	28,7	29,1	2,1 %	6,4 %
Apotekavance i % av AIP	17,1 %	16,8 %	15,3 %	14,7 %		
Grossistavance i % av GIP	10,9 %	9,8 %	10,6 %	10,5 %		

Kilde: Oslo Economics, basert på rådata fra Farmalogg og Sykehusinnkjøp.

Tabellen viser en realnedgang på 5,9 % i perioden. Gjennomsnittsprisen på AUP-nivå har steget med 7,6 % i samme periode. Grossistavansen per pakning har økt med 6,4 % fra 2020 til 2023, fra 27,4 kroner til 29,1 kroner i 2023-kroner.

### 3.3 Legemidler på godkjenningfritak inkludert utenlandske pakninger

Legemidler på godkjenningfritak krever at en forskriver eller helseinstitusjon søker om å få godkjent legemiddelet i Norge. De siste årene har det vært et økende antall mangelsituasjoner i Norge. DMP kan innvilge unntak fra krav om markedsføringstillatelse (MT) ved å tillate salg av utenlandske pakninger i en begrenset periode. I videre tekst er slike legemidler uten MT omtalt som utenlandske pakninger.

Dagens avansmodell for legemidler på godkjenningfritak består av et prosentpåslag på 15 % av legemiddelets faktiske innkjøpspris, et kronetillegg på 75 kroner per pakning, samt et tillegg for A/B-preparater på 19 kroner per pakning. Den faktiske apotekinnkjøpsprisen setter grossistene selv, og dermed vil avansen i dette segmentet være høyere enn for legemidler med MT.



I mangel av en egen avansemodell for utenlandske pakninger, har apotekene benyttet avansemodellen for godkjenningfritak også for utenlandske pakninger. Omsetningstallene for utenlandske pakninger er derfor inkludert i dette segmentet som omfatter godkjenningfritak.

Tabell 39 viser utvikling i omsetning og antall solgte pakninger samlet for legemidler på godkjenningfritak og utenlandske pakninger. Omsetningen har økt betydelig de siste to årene grunnet økt legemiddelmangel.

**Tabell 39: Omsetning og antall solgte pakninger i segment for godkjenningfritak.**

Beskrivelse	2020	2021	2022	2023	Årlig vekst	Vekst i perioden
Omsetning inkl. mva. (mill. 2023-kr)	618	597	556	1 430	32,3 %	131,6 %
Antall solgte pakninger (tusen pkn.)	751	657	736	822	3,1 %	9,5 %

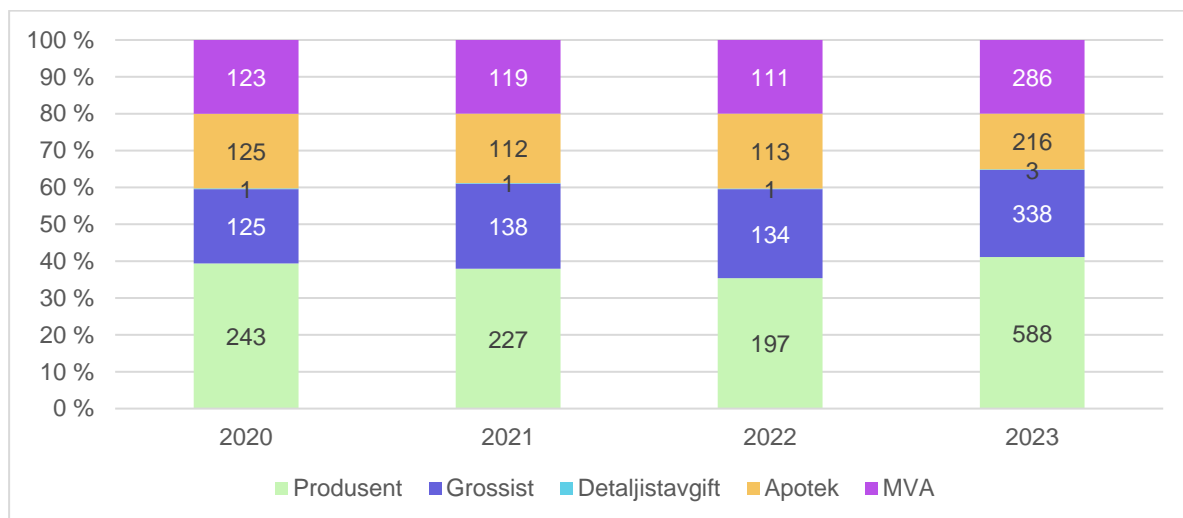
\* Inkludert veterinær og apotekfremstilte legemidler. Ekskludert ordre- og kasselinje.

Kilde: Oslo Economics, basert på rådata fra Farmalogg.

Tabell 39 viser at reseptpliktig omsetning på godkjenningfritak og utenlandske pakninger i perioden 2020 til 2023 har steget med 131,6 %, mens antall solgte pakninger har steget med 9,5 %. Den betydelige økningen fra 2022 til 2023, kan forklares med mangel på Ozempic (semaglutid) hvor DMP har innvilget salg av legemidler med unntak fra krav om MT. Omsetningen (AUP) på virkestoffnivå var her på 751,6 millioner kroner i 2023. Den høyeste omsetningen på legemidler uten MT/godkjenningfritak før 2023, var på rundt 40 millioner kroner årlig på virkestoffnivå.

Fra figur 10 ser vi at produsentenes salg av legemidler på godkjenningfritak og utenlandske pakninger har økt fra 243 millioner 2023-kroner i 2020, til 588 millioner kroner i 2023. I denne figuren omfatter «produsent» både legemiddelleverandør og eventuell utenlandsk legemiddelgrossist. Fordelingen er angitt basert på rapporterte GIP-tall og DMP kjenner ikke til hvor stor andel som tilkommer legemiddelleverandør, eller om legemiddelet er kjøpt inn via grossister som er del av samme konsern som den norske grossisten, eller andre. Apotekenes del av omsetningen, var på 125 millioner 2023-kroner i 2020 og 216 millioner kroner i 2023. De norske grossistenes del av omsetningen økte fra 125 millioner 2023-kroner i 2020, til 338 millioner kroner i 2023. Prosentvis avanseandel har i perioden falt fra 20,3 % til 15,1 % for apotekene, og økt fra 20,2 til 23,6 % for grossistene.

**Figur 10: Omsetningsfordeling i segment for godkjenningfritak (i mill. 2023-kr).**



Kilde: Oslo Economics, basert på rådata fra Farmalogg, FHIs legemiddelgrossiststatistikk og Sykehusinnkjøp.

Gjennomsnittlig apotekavanse per solgte pakning innen segmentet for godkjenningssfritak og legemidler med unntak fra krav om MT, har økt fra 167 kroner i 2020 til 262 kroner i 2023, målt i 2023-kroner, jf. tabell 40. Dette er en realoppgang på 57,3 % i perioden. Gjennomsnittsprisen på AUP-nivå har steget med 111,5 % i samme periode. Grossistavansen per pakning har økt med 147,8 % fra 2020 til 2023, fra 166 til 411 kroner i 2023-kroner.

**Tabell 40: Gjennomsnittlig avanse i segment for godkjenningssfritak.**

Beskrivelse	2020	2021	2022	2023	Årlig vekst	Vekst i perioden
Snitt AUP inkl. mva. 2023-kr per pkn.	823	909	756	1 740	28,4 %	111,5 %
Apotekavanse 2023-kr per pkn.	167	171	153	262	16,3 %	57,3 %
Grossistavanse 2023-kr per pkn.	166	210	182	411	35,3 %	147,8 %
Apotekavanse i % av AIP	34,1 %	30,8 %	34,1 %	23,3 %		
Grossistavanse i % av GIP	51,2 %	60,8 %	68,2 %	57,5 %		

Kilde: Oslo Economics, basert på rådata fra Farmalogg og FHIs legemiddelgrossiststatistikk.

I tabell 41 ser vi på den totale utviklingen i omsetning, avanse og antall solgte pakninger, for legemidler på godkjenningssfritak inkludert utenlandske pakninger. Antall solgte pakninger har blitt redusert med 13,9 % i 2023, sammenlignet med 2020, mens omsetningen har økt med 95,3 %. Avansen har i perioden steget med 38,1 %.

**Tabell 41: Godkjenningssfritak - utvikling av omsetning, avanse og pakninger – alle apotek.**

År	2020	2021	2022	2023	Årlig vekst	Vekst i perioden
Omsetning inkl. mva (mill. 2023-kr)	874,1	867,1	843,6	1 707,6	25,0 %	95,3 %
Avanse (mill. 2023-kr)	190,9	181,1	166,0	263,7	11,4 %	38,1 %
Antall pakninger (mill.)	1,2	1,2	1,1	1,1	-4,9 %	-13,9 %
AUP per pakning (2023-kr)	703,3	726,3	800,4	1 595,0	31,4 %	126,8 %
Avanse per pakning (2023-kr)	153,6	151,7	157,5	246,3	17,1 %	60,4 %

\* Ekskludert veterinær og apotekfremstilte legemidler. Inkludert ordre- og kasselinje.

Kilde: Oslo Economics, basert på rådata fra Farmalogs legemiddelstatistikk og FHIs grossiststatistikk.

### 3.3.1 Mangelsituasjon - Ozempic

I 2022 og 2023 økte folketrygdens utgifter til Ozempic drastisk, da etterspørselen økte sterkt nasjonalt og internasjonalt. Mangelsituasjoner oppstod, og DMP innvilget unntak fra krav om MT og godkjente salg av utenlandske pakninger. Grossistene importerte Ozempic uten norsk MT. Salg av Ozempic med og uten MT for 2022 og 2023 er fremstilt i tabell 42.

**Tabell 42: Salg av Ozempic med og uten markedsføringstillatelse.**

	2022	2023
Antall solgte pakninger (med MT)	579 205	753 542
Antall solgte pakninger (uten MT)	9	91 150
AUP-omsetning inkl. mva. (med MT)	670 664 520	870 841 189
AUP-omsetning inkl. mva. (uten MT)	69 252	737 904 339
Refusjonsbeløp (med MT)	469 231 521	619 480 661
Refusjonsbeløp (uten MT)	68 733	730 487 299

Kilde: Farmalogs legemiddelstatistikk.

Grossistene kjøper hovedsakelig inn legemidler uten MT til en høyere pris enn legemidler med MT. Grossistene setter selv prisen for salg til apotek for slike legemidler. Dermed vil den faktiske

innkjøpsprisen til apotekene være høyere, sammenlignet med innkjøp av legemidler som har norsk MT. I 2020 og 2021 ble det ikke solgt pakninger av Ozempic uten MT.

DMP undersøkte grossistenes marginer for Ozempic både med og uten MT, ved å innhente tall fra FHIs grossistbaserte statistikk for 2023. Gjennomsnittlige grossistmarginer for pakninger med MT ble sammenlignet med pakninger uten MT. Det var stor variasjon i marginene mellom grossistene for pakninger uten MT, mens grossistmarginene for pakninger med MT lå på omtrent samme nivå i alle kjedene [REDACTED]

Avansemodellen for legemidler på godkjeningsfritak og utenlandske pakninger er vurdert i kapittel 5.

### 3.4 H-resept

H-resept omfatter helseforetaksfinansierte legemidler som brukes utenfor sykehus og omsettes via apotek, både primær- og sykehusapotekene.

I blåreseptforskriften § 1b, annet ledd er det beskrevet hvilke legemidler som de regionale helseforetakene (RHF) skal ha finansieringsansvaret for. Det har pågått en prosess med å gradvis overføre finansieringsansvaret for bestemte legemiddelgrupper fra folketrygden (blåresept), til RHF-ene (H-resept). Dette omfatter i hovedsak legemidler hvor behandling startes og følges opp i spesialisthelsetjenesten. Det er Stortinget som beslutter om finansieringsansvaret for disse legemidlene skal overføres.

Antall solgte pakninger på H-resept har økt betydelig i løpet av de siste fire årene som følge av at finansieringsansvaret for mange legemidler er overført. Total omsetning i samme periode har endret seg lite siden gjennomsnittspris per pakke er redusert som resultat av anbud.

I 2020 ble 270 ulike virkestoff omsatt på H-resept, mens antallet økte til 305 virkestoff i 2023, jf. tabell 43. Antall legemiddelpakninger som ble omsatt på H-resept økte med 62,3 % i perioden 2020 til 2023, og omsetningen inkludert merverdiavgift steg med 1,4 % i faste 2023-kroner i perioden.

**Tabell 43: Omsetning og antall solgte pakninger på H-resept.**

Beskrivelse	2020	2021	2022	2023	Årlig vekst	Vekst i perioden
Omsetning inkl. mva. (mill. 2023-kr)	6 745	7 364	7 011	6 842	0,5 %	1,4 %
Antall solgte pakninger (mill. pkn.)	0,8	1,2	1,3	1,4	17,5 %	62,3 %
Antall ulike virkestoff	270	341	342	305	4,1 %	13,0 %
Andel med LIS-GIP av antall pkn.	85,1 %	86,0 %	94,2 %	95,6 %		
Andel med godkj.fritak av antall pkn.	0,4 %	0,5 %	0,6 %	0,6 %		

Kilde: Oslo Economics, basert på rådata fra Farmalogg og Sykehusinnkjøp.

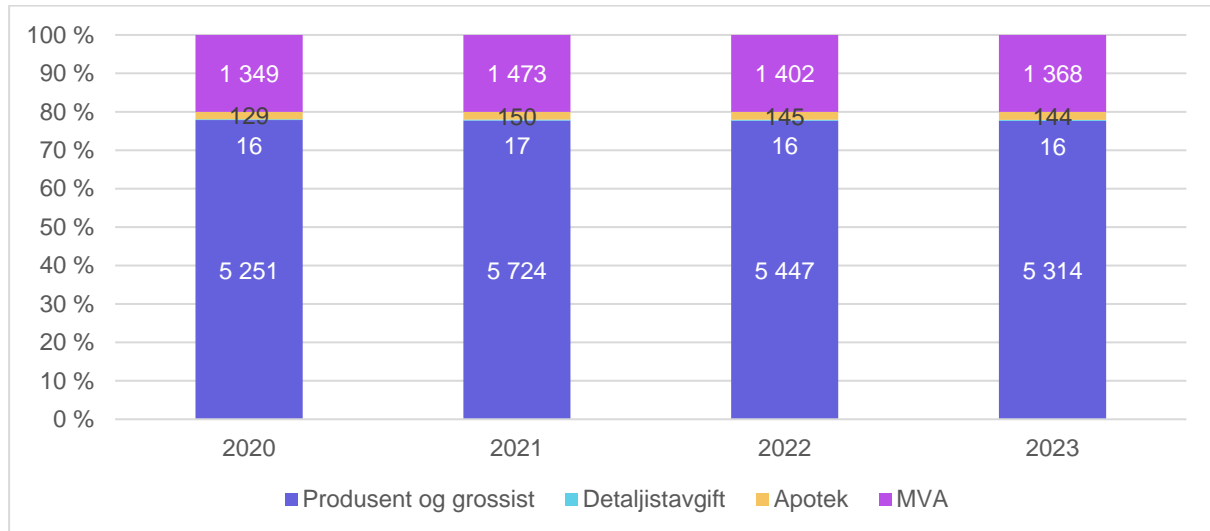
Sykehusinnkjøp HF har på vegne av de regionale helseforetakene ansvar for den offentlige anskaffelsen av H-reseptlegemidler. Dette inkluderer arbeidet med anbud, herunder inngåelse og forvaltning av nasjonale rammeavtaler på H-reseptlegemidler. Sykehusinnkjøp har også ansvaret for forvaltningen av oppgjørsavtale for H-reseptlegemidler som er inngått mellom de fire regionale helseforetakene og Apotekforeningen.

I anskaffelsen tilbyr leverandørene en GIP-avtalepris som heretter er omtalt som LIS-GIP.

Fra høsten 2022 har alle de tre grossistene distribuert H-resept legemidler til sine egne apotek, og til frittstående apotek uten kjedetilknypning (jf. kapittel 2.1.1).

Figur 11 viser omsetningsfordelingen for alle H-reseptlegemidler (med MT), der vi ikke kan skille mellom leverandørene og grossistenes del av omsetningen. Apotekenes samlede kroneavanse tilknyttet til all H-reseptomsetning av legemidler med MT, har falt med 3,6 % årlig fra 2020 til 2023 målt i 2023-kroner. Ser man på produsent og grossist sammen, så har AIP-omsetningen i gjennomsnitt økt med 0,4 % årlig.

**Figur 11: Omsetningsfordeling av H-resept legemidler (i mill. 2023-kr).**



Kilde: Oslo Economics, basert på rådata fra Farmalogg og FHIs legemiddelgrossiststatistikk.

I gjennomsnitt er apotekavansen per solgte pakning på H-reseptlegemidler med MT redusert med 31,8 % fra 2020 til 2023, målt i 2023-kroner, jf. tabell 44. Gjennomsnittsprisen på AUP-nivå har falt 37,5 % i samme periode. Grossistenes avanse per pakning har falt med 29,8 % i denne perioden.

Sykehusapotekene står for 18,5 % av antall solgte pakninger på H-resept i 2023.<sup>26</sup> Gjennomsnittlig apotekavanse per pakning, både målt i prosent av AIP og i faste 2023-kroner, har blitt redusert mer i sykehusapotekene enn primærapotekene. Dette kan blant annet skyldes at gjennomsnittlig utsalgspris for H-resept legemidler har falt noe mer i sykehusapotekene, som en følge av ulik produktsammensetning.

**Tabell 44: Gjennomsnittlig avanse på H-resept legemidler.**

Beskrivelse	2020	2021	2022	2023	Årlig vekst	Vekst i perioden
Snitt AUP inkl. mva. 2023-kr per pkn.	7 952	6 151	5 413	4 973	-14,5 %	-37,5 %
Apotekavanse 2023-kr per pkn.	■	■	■	■	■	■
Grossistavanse 2023-kr per pkn.	■	■	■	■	■	■
Apotekavanse i % av AIP	■	■	■	■		
Grossistavanse i % av AIP	■	■	■	■		

Kilde: Oslo Economics, basert på rådata fra Farmalogg, FHIs legemiddelgrossiststatistikk og Sykehusinnkjøp.

<sup>26</sup> Farmalogs legemiddelstatistikk.

### 3.5 LAR- legemidler

LAR er en forkortelse for legemiddelassistert rehabilitering, som brukes i behandling av heroin- og morfinavhengighet. Fire virkestoff er i dag godkjent til bruk i LAR-behandling; buprenorfin, buprenorfin/nalokson, metadon og levometadon.

De regionale helseforetakene har finansieringsansvar for LAR, inkludert legemidler og kostnader knyttet til utlevering og overvåket inntak. Det er Sykehusinnkjøp som på vegne av de regionale helseforetakene er ansvarlig for offentlig anskaffelse av LAR-legemidler. LAR-legemidler utleveres fra både primær- og sykehusapotekapotek, men også fra helsetjenesten tilknyttet sykehus eller kommuner.

Tabell 45 viser omsetning og antall solgte pakninger av LAR-legemidler, både med og uten MT.

**Tabell 45: Omsetning og antall solgte pakninger av LAR-legemidler.**

Beskrivelse	2020	2021	2022	2023	Årlig vekst	Vekst i perioden
Omsetning inkl. mva. (mill. 2023-kr)	175,3	175,2	164,9	149,3	-5,2 %	-14,9 %
Antall solgte pakninger (mill. pkn.)	0,63	0,59	0,53	0,48	-8,4 %	-23,3 %
Antall ulike virkestoff	4	4	4	4	0,0 %	0,0 %
Andel med godkj. fritak av antall pkn.	1,4 %	1,0 %	0,6 %	0,5 %		
Andel LIS-avtalepris av antall pkn.	98,6 %	99,0 %	99,4 %	99,5 %		
Andel sykehusapotek av antall pkn.	8,3 %	9,1 %	9,4 %	10,0 %		

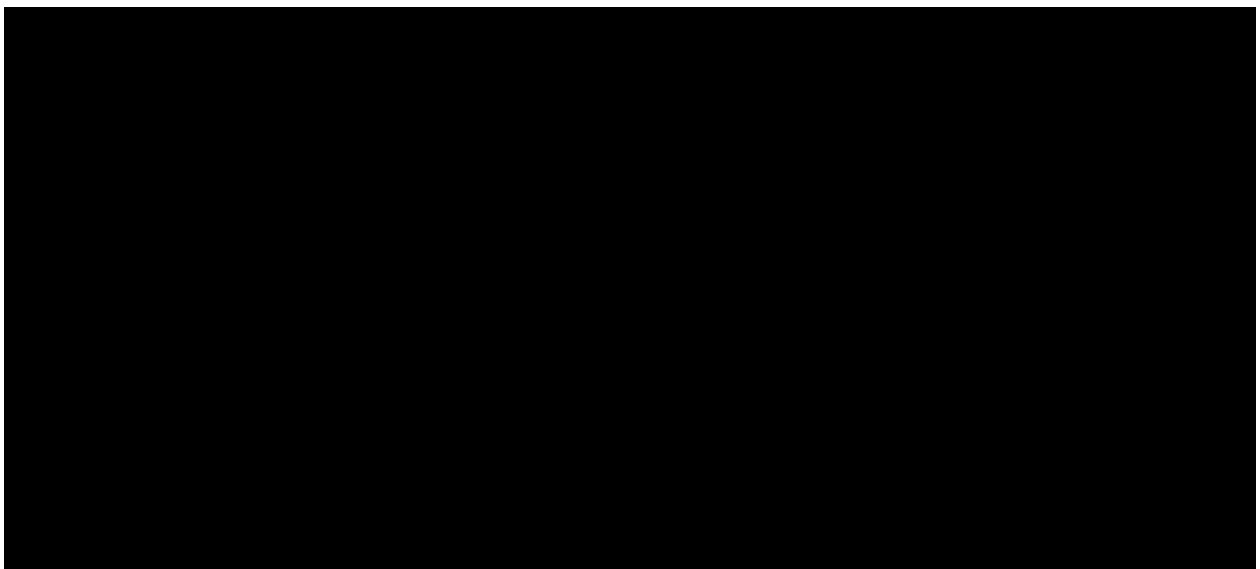
Kilde: Oslo Economics, basert på rådata fra Farmalogg, FHIs legemiddelgrossiststatistikk og Sykehusinnkjøp.

Tabellen viser at det har vært en nedgang i både volum- og kroneomsetning av LAR-legemidler i apotek i løpet av perioden. Nedgangen i omsetningen av LAR-legemidler via apotek skyldes at de siste årene har vært en reduksjon i bruk av apotek som utleveringssted. Dette kan blant annet forklares med innføringen av depotinjeksjoner som settes i spesialisthelsetjenesten.

Apotekenes omsetning av LAR-legemidler med MT har falt 14,9 % (i faste 2023-kroner) fra 2020 til 2023, mens antall pakninger falt med 23,3 %, jf. tabell 45.

Figur 12 illustrerer omsetningsfordelingen mellom aktørene i distribusjonskjeden for LAR-legemidler med MT. Produsentens og grossistens andel har økt i perioden, mens apotekenes andel er redusert.

**Figur 12: Omsetningsfordeling av LAR-legemidler med MT (i mill. 2023-kr).**



Tabell 46 viser at gjennomsnittlig apotekavanse per solgte pakning av LAR-legemidler med MT er redusert med 9,3 % totalt, fra 2020 til 2023, målt i 2023-kroner. Gjennomsnittsprisen på AUP-nivå har steget 16,9 %, og grossistavansen per pakning har økt med 121,9 % i perioden.

Apotekene tar en arbeidspris for hver delutlevering i forbindelse med LAR-tjenesten i tillegg til takst for overvåking av at bruker inntar legemiddelet.

**Tabell 46: Gjennomsnittlig avanse LAR-legemidler.**

Beskrivelse	2020	2021	2022	2023	Årlig vekst	Vekst i perioden
Snitt AUP inkl. mva. 2023-kr per pkn.	261,3	289,4	310,1	305,6	5,4 %	16,9 %
Apotekavanse 2023-kr per pkn.	■	■	■	■	■	■
Grossistavanse 2023-kr per pkn.	■	■	■	■	■	■
Apotekavanse i % av AIP	■	■	■	■		
Grossistavanse i % av GIP	■	■	■	■		

Kilde: Oslo Economics, basert på rådata fra Farmalogg, FHIs legemiddelgrossiststatistikk og Sykehusinnkjøp.

## 4. Medisinsk forbruksmateriell og næringsmidler

En del medisinsk forbruksmateriell og næringsmidler til spesielle medisinske formål på blå resept, refunderes av folketrygden og har derfor en fastsatt apotekavanse og refusjonspris. Refusjonsprisen fremkommer av gjeldende produkt- og prislister.<sup>27</sup> Refusjonsprisen er utledet fra produktenes nettoppris tillagt apotek-/bandasjistavanse og merverdiavgift.

Avansetillegget varierer for ulike områder og produkttyper. For medisinsk forbruksmateriell ligger avansesatsen i hovedsak mellom 18 og 37 %. For næringsmidler legges det i hovedsak til en avansesats på 40 % ved nettoppris mindre enn 500 kroner, eller 300 kroner ved nettoppris over 500 kroner, eventuelt en avansesats på 25 % for melkeerstatningsprodukter og fenylyketonuri. Med unntak av ett produkt, har avansesatsene holdt seg uendret siden 2020.

Det er Helsedirektoratet og Helfo som forvalter avansereguleringen for disse varene. Helfo oppdaterer produkt- og prislister hver tredje måned.

Folketrygden refunderte utgifter til medisinsk forbruksmateriell for om lag 2,5 milliarder kroner i 2023, jf. tabell 47. Dette gir en gjennomsnittlig årlig økning på 4 % siden 2020.

**Tabell 47: Medisinsk forbruksmateriell – utvikling i brukere, egenandel og refusjonsbeløp.**

År	Antall brukere	Egenandel (i mill. kr)	Refusjon (i mill. kr)
2020	374 528	114	2 277
2021	399 457	106	2 352
2022	418 516	120	2 452
2023	423 827	131	2 542

Kilde: Helsedirektoratet.

Refusjon av næringsmidler har i gjennomsnitt økt med 6 % siden 2020. Antall brukere har i gjennomsnitt økt med 8 %. Folketrygden refunderte utgifter til næringsmidler for om lag 652 millioner kroner i 2023, jf. tabell 48.

**Tabell 48: Næringsmidler – utvikling i brukere, egenandel og refusjonsbeløp.**

År	Antall brukere	Egenandel (i mill. kr)	Refusjon (i mill. kr)
2020	52 021	11	547
2021	56 213	12	565
2022	60 590	14	603
2023	66 216	17	652

Kilde: Helsedirektoratet.

Medisinsk forbruksmateriell og næringsmidler utleveres både fra apotek og bandasjister. Fordelingen av refusjonsbeløpet mellom de ulike kanalene for utlevering de siste fire årene har vært relativt stabil. Bandasjistandelen har gått litt ned, mens andelen til primærapotekene har økt med 2 %. I 2023 stod primærapotekene for 74 %, sykehusapotekene for 4 % og bandasjister for 22 %.

<sup>27</sup> <https://www.helfo.no/produkt-og-prislister/produkt-og-prislister>.

## 5. Apotekavanse for legemidler på godkjenningsfritak

### 5.1 Legemidler på godkjenningsfritak

Legemidler på godkjenningsfritak, er legemidler uten markedsføringstillatelse (MT) i Norge, og som kan importeres fra EØS-land og Sveits ved mangelsituasjoner, eller når ingen godkjente alternativer er tilgjengelige i Norge. For å bruke legemidler som ikke har markedsføringstillatelse i Norge, må forskriver eller helseinstitusjon søke om godkjenningsfritak.

De fleste søknadene om godkjenningsfritak kan ekspederes direkte av apoteket (notifiseres) uten forhåndsgodkjenning fra DMP. Dette er produkter oppført på ekspederingslisten (tidligere kalt «positivlisten») samt legemidler som har MT i EØS området, i land som er medlem av PIC/S og land med MRA-avtale. For søknader om godkjenningsfritak som omfatter legemidler på negativlisten<sup>28</sup>, skal DMP vurdere søknad før legemiddelet kan utleveres.

I tillegg er det situasjoner med legemiddelmangel, hvor DMP etter en vurdering, kan tillate salg av utenlandske pakninger i en begrenset periode uten at forskriver søker om godkjenningsfritak for den enkelte pasient. Tillatelsen gjelder inntil preparatet med MT er tilbake på markedet.

Legemidler på godkjenningsfritak gir helsepersonell viktig fleksibilitet, sikrer tilgang til nødvendige legemidler for pasientene, og muliggjør rask respons i mangelsituasjoner. Slike legemidler kan ofte ha utenlandsk tekst på pakning og i pakningsvedlegg, og kostnadene for pasientene kan være høyere enn for godkjente legemidler.

#### 5.1.1 Apotekenes rolle

Apotekpersonalet har ansvar for å sjekke om søknaden om godkjenningsfritak gjelder et legemiddel som er på negativlisten, eller om legemiddelet kan utleveres direkte (se omtale over). Søknaden må kontrolleres for korrekt informasjon om virkestoff, mengde, tidsperiode og medisinsk begrunnelse. I tillegg må legemiddelet ofte bestilles særskilt fra grossist, og pasienten må gis grundig informasjon. Dersom pakningsvedlegg er tilgjengelig på norsk, skal dette skrives ut og leveres til kunde ved ekspedering av resept.

### 5.2 Dagens apotekavanse på legemidler på godkjenningsfritak

Direktoratet for medisinske produkter fastsetter apotekavanse for reseptpliktige legemidler på godkjenningsfritak, jf. legemiddelforskriften § 12-3.

Følgende maksimale avansesatser er gjeldende:

- Prosentpåslag på legemidlets faktiske innkjøpspris 15 %
- Kronetillegg kr. 75,- per pakning
- Tillegg for A/B-preparater kr. 19,- per pakning

Når det er mangel på et legemiddel med MT, forsøker grossistene å skaffe legemidler på godkjenningsfritak. Det fastsettes ikke maksimal AIP på disse legemidlene i Norge, og det er grossistene som selv bestemmer for hvilken pris (AIP) de selger legemidlene videre til apotek. Apotekene beregner deretter avansen på basis av faktisk AIP.

Apotekavansen for legemidler på godkjenningsfritak ble redusert i 2019. Avansen er allikevel fortsatt høyere enn den ordinære apotekavansen for reseptpliktige legemidler med MT. Den økte avansen

<sup>28</sup> [Negativlisten - Direktoratet for medisinske produkter](#)



skal dekke ekstra arbeid knyttet til å fremskaffe og ekspedere legemidlene. Oversikt over avanseformelen for godkjenningssfritak før og etter 2019, er fremstilt i tabell 49.

**Tabell 49: Avanseformelen for godkjenningssfritak før og etter 2019.**

Apotekavansen	Før 2019	Fra 2019*
Prosenttillegg	25 %	15 %
Kronetillegg	35	75
A/B-preparat tillegg	Se tabell 58	19
Legemiddeldetaljstavgift	Se tabell 58	0,30 %

\*Med virkning fra juli 2019.

Tabell 50 viser årlig utvikling for legemidler på godkjenningssfritak. Tallene inkluderer også salg av utenlandske pakninger uten MT.

**Tabell 50: Årlig utvikling over omsetning og antall pakninger for legemidler på godkjenningssfritak.**

	2020	2021	2022	2023
Omsetning (mill. kr)	757	777	799	1708
Årlig utvikling omsetning	11 %	3 %	3 %	114 %
Antall pakninger (i tusen)	1243	1194	1054	1071
Årlig utvikling i antall pakninger	11 %	-4 %	-12 %	2 %

Kilde: DMP.

### 5.3 Vurdering av dagens ordning

I dagens system benyttes samme avanseformel for alle tilfeller der det ekspederes et legemiddel uten MT, selv om det er stor variasjon i hva dette ekstraarbeidet består av. Ekspedering av legemidler uten MT kan deles i to hovedkategorier:

- A. Utenlandske pakninger som DMP har godkjent å benytte på grunn av en mangelsituasjon for legemidler registrert i Norge. Informasjon om hvilke legemidler dette gjelder blir publisert på [dmp.no](http://dmp.no).
- B. Legemidler på godkjenningssfritak hvor forskriver eller helseinstitusjon har sendt inn elektronisk søknad via Reseptformidleren eller en manuell papirsøknad. Dette omfatter:
  - i. Legemidler der søknad om godkjenningssfritak fra forskriver skal vurderes av DMP før utlevering i apotek (negativlisten).
  - ii. Legemidler der søknad om godkjenningssfritak fra forskriver kan ekspederes direkte av apoteket (notifiseres), uten forhåndsgodkjenning fra DMP.

Tilfeller nevnt i punkt A) er mindre tidkrevende for apoteket siden varen allerede er tilgjengelig hos grossist. Det foreligger også et vedtak hos DMP og en beskrivelse av hvordan apotek skal håndtere ekspederingen i sitt reseptsystem.

Tilfellene i punkt B) kan medføre noe mer arbeid fordi man i de fleste tilfeller må bestille legemiddelet fra grossist. Dersom søknaden mottas i papirformat er det også noe ekstra arbeid, men i senere år sendes de fleste søknader elektronisk via Reseptformidleren. Det representerer en vesentlig forenkling, og mindre arbeid sammenlignet med manuelle, papirbaserte løsninger.

## 5.4 Vurderinger av mulige endringer

Apotekene bruker i dag mer tid på utlevering av legemidler på godkjenningssfritak enn for legemidler med MT. Dette skyldes merarbeid i forbindelse med kontroll av søknader på godkjenningssfritak, bestilling av legemidler som vanligvis ikke lagerføres, ekstra veiledning av pasienten, samt utskrift av norsk pakningsvedlegg. Elektroniske pakningsvedlegg for alle markedsførte legemidler i Norge er tilgjengelige via Felleskatalogen, og finnes ved å skanne strekkoden på emballasjen. Ordningen kan effektivisere tilgang til informasjon og fjerne behovet for utskrift av pakningsvedlegg for utenlandske pakninger av legemidler som har MT i Norge. Apotekpersonalet må fremdeles gjennomføre kontroll, bestilling og veiledning. Digitaliserende tiltak bidrar likevel til å redusere tidsbruken, og dermed minske forskjellen i tidsbruk sammenlignet med legemidler med MT.

Det er stor forskjell i ressursbruk på håndtering av utenlandske pakninger hvor DMP har godkjent salg, sammenlignet med håndtering av søknader om godkjenningssfritak. DMP vurderer at det er behov for å gjøre avansesatsene for legemidler på godkjenningssfritak mer kostnadsriktige, slik at de bedre reflekterer ressursbruken i apotek. I tillegg bør størrelsen på prosentpåslaget og kronetillegget, vurderes i lys av at nesten alle søknader om godkjenningssfritak i dag skjer elektronisk.

Dagens ordning med avanse på godkjenningssfritak er utformet med tanke på å skaffe individuelle pasienter rask tilgang til legemidler. Ordningen er derfor ikke velegnet for langvarige mangelsituasjoner som omfatter store pasientgrupper. Erfaringer fra mangelsituasjoner og påfølgende tillatelser til salg av utenlandske pakninger uten MT for legemidler som Ozempic, tilsier at dagens avanseordning ikke sikrer nødvendig budsjettkontroll.

### 5.4.1 Forslag til ny avansemodell

DMP vurderer at det er behov for å justere dages avansemodell for legemidler på godkjenningssfritak. En ny modell må skille mellom utenlandske pakninger uten MT, som DMP har godkjent for salg i Norge, og legemidler som krever søknad om godkjenningssfritak fra forskriver, jf. beskrivelsen i kapittel 5.3. Hensikten med en slik deling er å gjøre avansesatsene mer kostnadsriktige og styrke myndighetenes budsjettkontroll, samt hensynta forenklinger som følge av teknologiske nyvinninger som har forenklet arbeidet. DMP foreslår også å innføre kjølevaretillegg for aktuelle legemidler uten MT. Dette har foreløpig kun vært gjeldende for legemidler med MT. Størrelsen på kjølevaretillegget blir diskutert i kapittel 9. DMP foreslår to avansemodeller for legemidler uten MT:

Modell A (utenlandske pakninger):  $AIP + 2\%$  av faktisk AIP + kjølevaretillegg + 75 kr + ev. A/B-tillegg

Modell B (godkjenningssfritak søknad):  $AIP + 10\%$  av faktisk AIP + kjølevaretillegg + 75 kr + ev. A/B-tillegg

#### **Modell A**

Modell A omfatter legemidler uten MT hvor DMP har godkjent utenlandske pakninger for salg fra grossist og beskrevet hvordan legemidlene kan ekspederes i apoteket. Legemidler under Modell A krever derfor generelt mindre arbeid i apoteket sammenlignet med legemidler under Modell B. Det er dessuten innført forenklede løsninger knyttet til elektroniske pakningsvedlegg via legemiddelpakningens strekkode eller QR-kode.

DMP vurderer at legemidler som inngår i Modell A bør ha samme prosentvise avansepåslag på AIP, som legemidler med MT. Kronetillegget per pakning bør midlertid være høyere enn for legemidler med MT fordi det fortsatt vil være behov for at apotekpersonalet utfører noe merarbeid knyttet til kontroll, bestilling og veiledning i forbindelse med håndtering av legemidler under Modell A.

### **Modell B**

Modell B omfatter legemidler uten MT i Norge som krever søknad om godkjenning fra forskriver eller helseinstitusjon. I de fleste tilfeller vil søknaden gjelde legemidler som ikke trenger godkjenning fra DMP før legemiddelet kan utleveres til kunde. Dette kalles en notifiserbar søknad. Modell B omfatter også legemidler som inngår i negativlisten, hvor søknaden må behandles av DMP før legemiddelet kan bestilles og utleveres til kunde. I begge disse tilfellene må apoteket som oftest spesialbestille legemidlene fra grossist.

Generelt vil legemidler under Modell B kreve mer arbeid og individuell oppfølging i apotek, sammenlignet med legemidler under Modell A, selv om teknologiske nyvinninger reduserer arbeidsbyrden også for Modell B. DMP vurderer derfor at den prosentvise avansesatsen i Modell B må være høyere enn i Modell A, men lavere enn i dagens modell.

### **Økonomiske konsekvenser av forslaget**

Beregninger basert på salg av legemidler uten norsk MT i 2023 viser følgende:

- En reduksjon i prosentpåslaget i apotekets avanse for utenlandske pakninger godkjent av DMP fra 15 % til 2 %, ville ha redusert apotekenes samlede avanse med om lag 66 millioner kroner i 2023. Utenlandske pakninger av Ozempic er medregnet i dette scenariet og den årlige effekten av denne endringen er mest sannsynlig høyere enn for et normalt år.
- En reduksjon i prosentpåslaget i apotekets avanse for legemidler på godkjenningss fritak fra 15 % til 10 %, ville ha redusert apotekenes samlede avanse med om lag 30 millioner kroner i 2023.

Basert på salgstall i 2023 av legemidler uten MT, ville apotekenes samlede avanse blitt redusert med om lag 100 millioner kroner dersom en slik endring ble innført. Salget av legemidler som inngår i modell A og modell B vil være forskjellig fra år til år, derfor vil de økonomiske konsekvensene variere. De økonomiske konsekvensene er videre basert på faktiske AIP-verdier for 2023, og siden grossistene selv kan sette utsalgspris til apotek for legemidler uten MT må det tas forbehold om størrelsen på dette anslaget. DMP regulerer i dag verken grossistavanse eller AIP for legemidler uten MT.

I dag er det kun en produktgruppe i Farmalogg med uregistrerte legemidler (Produktgruppe 6). En eventuell innføring av de to modellene, krever enkelte praktiske systemendringer slik at det kan skilles mellom utenlandske pakninger og pakninger på godkjenningss fritak. Den praktiske gjennomføringen må man se nærmere på.

### **5.4.2 Alternativ modell hvor DMP fastsetter en maksimal refusjonspris**

DMP har vurdert muligheten for å fastsette en midlertidig tidsbegrenset maksimal refusjonspris på utenlandske pakninger uten MT, i situasjoner med legemiddelmangel.

Ved mangel på markedsførte forhåndsgodkjente preparater, har DMP hittil utstedt tillatelse til salg av utenlandske pakninger og gitt midlertidig refusjon for disse. DMP har ikke satt noen grense på refusjonspris for de utenlandske pakningene, men dette kan være et alternativ i tilfeller hvor salg av utenlandske pakninger kan medføre store ekstrakostnader for folketrygden.

Dette kan løses praktisk ved å gi de aktuelle utenlandske pakningene midlertidig forhåndsgodkjenning på blå resept i DMPs interne vare -og prisdatabase (Athene).

DMP har ikke konkludert på hvorvidt det er mulig å fastsette en «passende» refusjonspris på utenlandske pakninger, men dette bør undersøkes nærmere. Et viktig hensyn er at grossistene fortsatt skal ha insentiver til å fremskaffe utenlandske pakninger for å trygge en rimelig leveringssikkerhet. I

situasjoner med internasjonal mangel på viktige legemidler, kan det også være nødvendig å veie inn solidaritetshensyn til andre lands pasienter og risikoen for at legemidlene kun blir tilgjengelig for rike land som er villig til å betale langt høyere priser enn når det ikke er mangel.

Tiltaket vil kunne bestå av enten å legge til en fast prosent på toppen av maksimal AIP, eller en skjønnsmessig prisjustering. Prisregulering av legemidler uten MT vil være aktuelt for legemidler under Modell A, men ikke under Modell B. Dette skyldes at det er Modell A som omfatter «storselgere» hvor vi ønsker å styrke budsjettkontrollen, jf. oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Legemiddelforskriften § 14-9 fastslår at det skal fastsettes refusjonspris i forbindelse med at det innvilges forhåndsgodkjent refusjon. Dette gjelder alle legemidler som skal gis forhåndsgodkjent refusjon. DMP anser at det ikke vil være behov for forskriftsendring i forbindelse med tiltaket.

### **5.4.3 Alternativ modell med kontroll av påslag på GIP**

En modell hvor myndighetene fastsetter et maksimalt påslag på GIP for enkelte legemidler uten MT, kan vurderes som et alternativ til forslaget beskrevet i kapittel 5.4.2. Et slikt tiltak vil bidra til å håndtere økonomiske konsekvenser av lignende mangelsituasjoner som Ozempic (se kapittel 3.3.1), på en bedre måte. Tiltaket vil kreve en endring i forskrift, og må derfor utredes nærmere.

## 6. Arbeidspriser i apotek

DMP regulerer arbeidspriser i apotek for enkelte ekstraoppgaver som apotekene utfører når de ekspederer legemidler. I dette kapitlet gis en nærmere redegjørelse for arbeidsoppgaver i apotek som er omfattet av arbeidspriser.

### 6.1 Enkel istandgjøring

Apotek har ansvar for at reseptpliktige legemidler er klare til bruk ved utlevering. Flere legemidler har begrenset holdbarhet, og krever enkel istandgjøring like før legemiddelet leveres til kunden. En slik enkel istandgjøring består som oftest av å tilsette sterilt vann til antibiotikagranulat. Slike enkle istandgjøringer betraktes som en del av ekspedisjonsarbeidet og skal dokumenteres i apoteket.

Farmasøyt eller apotektekniker gjør i stand preparatet. Hvis det er apotektekniker som gjør dette, skal imidlertid farmasøyt alltid kontrollere istandgjøringen. DMP har anslått at en enkel istandgjøring, inkludert dokumentasjon, tar 5 til 10 minutter. I tillegg tilkommer utgifter til oppløsningsmiddel og annet utstyr, samt rengjøring.

Per i dag kompenseres en enkel istandgjøring av ikke bruksferdige reseptpliktige legemidler, inkludert eventuelt vann eller annet oppløsningsmiddel, med 53 kroner (ekskl. mva.) for hver utlevert pakning. Denne taksten har vært uendret siden 2020, og ble beregnet basert på en gjennomsnittlig lønnskostnad per minutt i apotek på 6,67 kroner (inkludert arbeidsgiveravgift og sosiale kostnader). DMP har beregnet oppdatert minuttpris til å være 7,5 kroner basert på gjennomsnittlig lønnskostnad i apotek for 2023.<sup>29</sup>

Apotekenes kostnader knyttet til vedlikehold av arbeidsbenk anses i denne sammenheng som en fast kostnad for apoteket. DMP mener at en slik fast kostnad ikke skal medregnes i beregning av den variable direktekostnaden av enkel istandgjøring.

Prisen på sterilt vann varierer avhengig av hvilken størrelse som benyttes på apoteket. Vi forutsetter en pris per liter på 50 kroner AUP, og et gjennomsnittlig volum på 0,1 liter per ekspedisjon. Dette utgjør en kostnad på 5 kroner per ekspedisjon. Forutsatt at enkel istandgjøring tar 7,5 minutter og minuttprisen er 7,5 kroner, vil direkte variabel kostnad bli om lag 61 kroner i 2024 (ekskl. mva.)

I henhold til Farmaloggs legemiddelstatistikk ble det i 2023 solgt 209 709 pakninger granulat antibiotika på resept. Apotekenes inntekter knyttet til enkel istandgjøring i 2023 var 11,1 millioner kroner. Økningen fra 53 til 61 kr ville ha gitt apotekene en inntektsøkning på 1,7 millioner kroner i 2023. Om lag 75 % av pakningene ble solgt på hvit resept. Merkostnaden av økt arbeidspris dekkes derfor i stor grad av kundene.

### 6.2 Anbrudd

Anbrudd benyttes i tilfeller hvor en kunde kun kjøper en del av en pakning. Dette kan være i situasjoner hvor legen ber apoteket sørge for at pasienten kun henter ut en begrenset mengde på grunn av misbruksfaren eller i situasjoner med legemiddelmangel.

I evalueringen av apotekavansen i 2020, ble det foreslått å øke arbeidsprisen på anbrudd med 5 kroner i året over tre år. I 2022 ble satsen økt fra 25 kroner til 30 kroner, og til 35 kroner året etter. Fra og med 01.01.2024, er gjeldende sats 40 kroner.

<sup>29</sup> Basert på lønnsstatistikk fra Farmaceutene 2023 og Fagforbundet. Årsverk i apotek er fra Apotekforeningen.

Arbeidsprisen for anbrudd er omtalt slik i dag: «*Ved salg av reseptpliktige legemidler i anbrudd, tas den forholdsmessige prisen på anbruddsmengden ut fra utsalgsprisen (ekskl. mva.) for en pakning av passende størrelse med et tillegg på 50 %. I tillegg kan det beregnes et tillegg på kr 40,00 per pakning. Hvis det ved anbrudd leveres en mengde som svarer til mengden i en markedsført pakningsstørrelse, må det ikke tas høyere pris enn prisen for denne pakningsstørrelsen.*»<sup>30</sup>

I Utleveringsforskriften § 15-5, er det beskrevet hvilke krav til merking apoteket skal sørge for dersom legemidler ikke utleveres i originalemballasje. Ekstra oppgaver knyttet til anbrudd, samt økt risiko for at resten av pakningen ikke blir solgt, har hittil blitt kompensert som referert over. DMP er ikke kjent med at det er gjort noen kartlegging av faktisk tidsbruk på tjenesten.

Antall anbrudd har økt betydelig i perioden fra 2021 til 2023, jf. tabell 51. Dette har sammenheng med økt legemiddelmangel. Apotekenes inntekter fra arbeidspriser knyttet til anbrudd har økt fra 21,4 millioner kroner i 2020, til 40,4 millioner kroner i 2023.

**Tabell 51: Oversikt over antall anbrudd i perioden 2021-2023.**

År	Antall anbrudd	Antall anbruddstillegg
2021	317 731	267 474
2022	413 198	340 160
2023	548 999	458 678

Kilde: Apotekforeningen.

DMP mener at strukturen i dagens modell kan opprettholdes for legemidler med MT. Kronetillegget i arbeidsprisen for anbrudd har de siste fire årene blitt justert opp til 40 kroner. Dette dekker 5,3 minutter basert på oppdatert minuttpris på 7,5 kroner. DMP mener at 40 kroner er dekkende for denne arbeidsoppgaven. Til sammenligning er størrelsen for kronetillegget for delutlevering (se kapittel 6.3), i dag satt til 46,30 kroner.

### 6.2.1 Anbrudd på legemidler uten MT

Måten anbruddspris blir beregnet i dag er tilpasset reseptpliktige legemidler med MT, og ikke nødvendigvis egnet for anbrudd av utenlandske pakninger og legemidler på godkjenningsfritak.

Legemidler uten MT har allerede et høyere avansepåslag både i prosent og i kronetillegg, og regelen som gjelder MT-pakninger gir en uforholdsmessig høy anbruddspris. DMP foreslår derfor at dagens beskrivelse endres slik at man skiller mellom reseptpliktige legemidler med og uten MT.

DMP foreslår følgende revidert tekst (uthevet) om godtgjørelse ved anbrudd:

«Ved anbrudd av reseptpliktige legemidler **med MT**, tas den forholdsmessige prisen på anbruddsmengden ut fra utsalgsprisen (ekskl. mva.) for en pakning av passende størrelse med et tillegg på 50 %. I tillegg kan det beregnes et tillegg på kr 40,00 per pakning. Hvis det ved anbrudd leveres en mengde som svarer til mengden i en markedsført pakningsstørrelse, må det ikke tas høyere pris enn prisen for denne pakningsstørrelsen. **Ved anbrudd av reseptpliktige legemidler uten MT beregnes forholdsmessige pris basert på utsalgspris på pakningen uten MT (ekskl. mva.). Det beregnes et tillegg på kr 40,00 per pakning.**»

Tillegget på 40 kroner for anbrudd på legemidler uten MT, ansees som tilstrekkelig siden apoteket allerede har høyere avanse for disse legemidlene.

<sup>30</sup> <https://www.dmp.no/offentlig-finansiering/pris-pa-legemidler/apotekavanse>

### **6.3 Delutlevering**

Delutlevering skjer når kunden kjøper hele pakningen, men apoteket oppbevarer pakningen og deler ut til kunden i porsjoner. Apotek kan ta en takst for hver gang apoteket deler ut av legemiddelet til kunden. Apoteket kan ta denne taksten for hvert legemiddel som deles ut.

Satsen for delutlevering blir endret årlig i henhold til prisjusteringer som følger av avtalen mellom helseforetakene og Apotekforeningen om LAR-tjenester i apotek. Gjeldende sats for delutlevering i 2024 er 46,30 kroner.

Delutlevering skjer i dag som oftest knyttet til LAR, men taksten gjelder også for delutlevering av andre legemidler. DMP benytter samme satser som i avtalen mellom helseforetakene og Apotekforeningen, og størrelsen på dette beløpet er derfor ikke diskutert ytterligere i denne rapporten.

### **6.4 Byttetakst H-resept**

I oppgjørsavtale for H-reseptlegemidler som er inngått mellom de fire regionale helseforetakene og Apotekforeningen, er det skissert at apotek skal utlevere det til enhver tid foretrukne legemiddelet som er tilgjengelig til avtalepris, og at de kan fakturere helseforetakene en byttetakst per varelinje (220 kroner ekskl. mva. i 2024) dersom apoteket må foreta et bytte. Denne taksten justeres av de regionale helseforetakene og ikke av DMP.

## 7. Mangel og forsyningsikkerhet

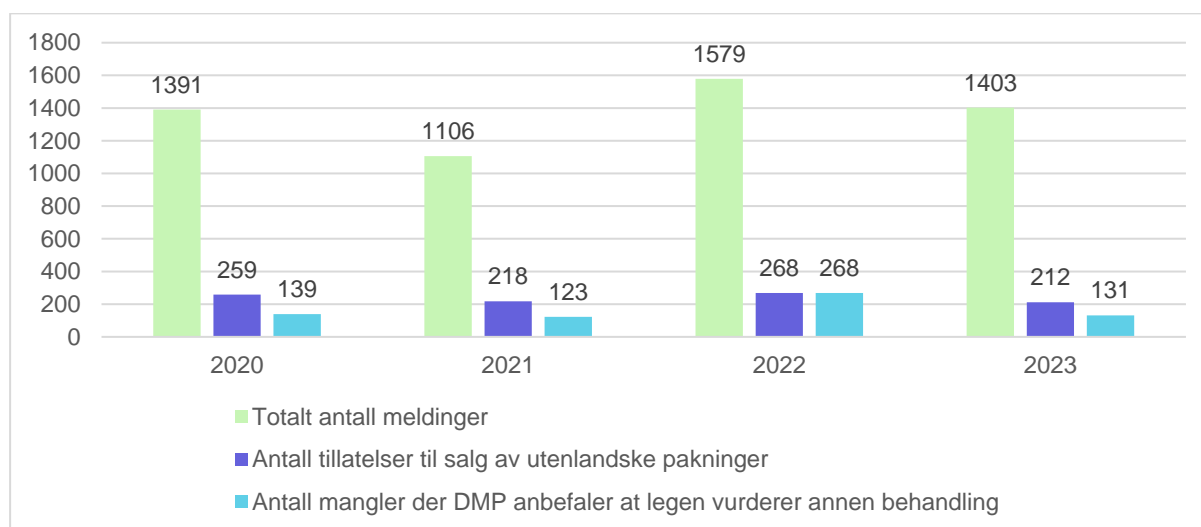
### 7.1 Legemiddelmangel

Forsyningsproblemer med legemidler er økende i hele Europa, og skyldes oftest utfordringer med produksjon, råstoffmangel, større salg enn forventet, eller kommersielle prioriteringer fra store internasjonale firmaer. Dersom legemiddelfirmaene ser at det kan bli forsyningsproblemer til det norske markedet, har de meldeplikt til DMP.

I 2023 fikk DMP 1403 slike meldinger på legemidler til mennesker. Dette er en nedgang fra 2022, jf. figur 13.<sup>31</sup> Vi ser fra figuren at antall meldte mangelsituasjoner ikke var høyere under koronapandemien enn i 2023.

Mangelsituasjoner løses ofte i apoteket ved at pasienten får utlevert et annet likeverdig legemiddel, en annen styrke eller pakningsstørrelse, eller ved at DMP åpner for bruk av utenlandske pakninger. I de fleste tilfellene får pasientene den behandlingen de trenger. I noen tilfeller må pasientene imidlertid gå over til annen behandling. Det var nødvendig å gi tillatelser til salg av utenlandske pakninger i 15 % av meldingene, noe som gir en reduksjon på to prosentpoeng sammenlignet med 2022.

**Figur 13: Antall rapporterte legemiddelmangler til DMP i perioden 2020-2023.**



Kilde: DMP.

I juni 2023 la Apotekforeningen frem en rapport basert på kartleggingen fra 49 apotek, som viser at om lag 1 500 pasienter rammes av legemiddelmangel daglig.<sup>32</sup> Om lag 3 % av totalt antall resepter er forbundet med legemiddelmangel, og i halvparten av tilfellene finner apotekene en løsning.

Apotekforeningen anslår i sin rapport at apotekansatte i gjennomsnitt bruker 3,3 minutter ekstra per ekspedisjon på å håndtere en mangelsituasjon, når hovedgrossist ikke har legemiddelet på lager. I tillegg kommer tiden apotek bruker på å forsøke å opprettholde lagerbeholdning av legemidler så lenge det er mulig, og bestille inn alternative legemidler. Tallene fra kartleggingen i 2023 samsvarer med tidligere kartlegginger.

DMP ser at legemiddelmangel skaper mye ekstra arbeid i apotekene, og har vurdert muligheten for å innføre en arbeidspris som kan benyttes i tilfeller hvor apoteket har ekstra arbeid knyttet til legemiddelmangel. Imidlertid er det utfordrende å utforme en modell som blir målrettet.

<sup>31</sup> [Legemiddelverkets-arsrapport-for-2023.pdf \(dmp.no\)](#)

<sup>32</sup> [Rapport kartlegging av legemiddelmangel i apotek 2024\\_2.pdf](#)



Deler av arbeidet knyttet til enkle legemiddelmangelsituasjoner, må anses å være inkludert i apotekets normale arbeid for å finne løsninger og gi veiledning til kundene. Eksempelvis i tilfeller hvor andre pakninger er tilgjengelig.

DMP mener det vil være utfordrende å skille mellom enkle og kompliserte situasjoner knyttet til legemiddelmangel, og at det ikke finnes noen egnede systemer for å håndtere dette. Legemiddelmangel er derfor et tema som er tatt med i den generelle vurderingen av apotekavansen i kapittel 9.

## 7.2 Rasjonering

Under koronapandemien ble det innført midlertidige tiltak for å sikre forsyning av utvalgte legemidler. Som ett av tiltakene, fikk DMP delegert fullmakt fra Helse- og omsorgsdepartementet til å rasjonere legemidler. Den midlertidige ordningen ble avsluttet 14. mai 2023.<sup>33</sup>

Basert på erfaringen med midlertidige tiltak og nye høringer, ble Legemiddeloven § 18 a og Apotekloven § 6-12 endret henholdsvis 25.06.2024 og 01.07.2024, for å legge til rette for at myndighetene kan innføre begrensninger ved fare for legemiddelmangel. Endringene omfatter blant annet mulighet for rasjonering i apotek.

Rasjonering i apotek er viktig for å unngå at noen pasienter hamstrer medisiner på bekostning av tilgjengelighet for andre pasienter. Begrensninger i utlevering bidrar derfor til likebehandling av pasientene, og utnytter lagerbeholdning av legemidlene optimalt i tilfeller hvor det er begrenset tilgang i markedet. Rasjonering fastsatt av myndighetene, er også en hjelp i møte med pasient, når apotekpersonalet skal forklare hvorfor pasienter ikke kan få utlevert mengden legemidler som er rekvirert på resepten.

<sup>33</sup> [Midlertidige tiltak for å sikre forsyning av utvalgte legemidler avsluttes - Direktoratet for medisinske produkter \(dmp.no\)](#)

## 8. Nye tiltak og mulige forbedringspunkter

### 8.1 Bytteordningen for biotilsvarende legemidler med trinnpris

Adgangen til å sette biotilsvarende legemidler på byttelisten ble innført i juli 2021. I henhold til legemiddelforskriften § 12-15 skal det som første trinnpriskutt foretas en reduksjon i prisen på 25 %, når stabil konkurranse fra biotilsvarende legemidler er etablert. Etter seks måneder skal trinnpriskuttet økes fra 25 %, til 50 % eller 70 %, avhengig av omsetningsstørrelse. Et tredje trinnpriskutt kan gjøres tidligst 18 måneder etter at stabil biotilsvarende konkurranse inntraff. Dette kuttet er henholdsvis 60 %, 75 % eller 80 %, avhengig av omsetning.

De første biologiske legemidlene med trinnpris var teriparatid, til behandling av benskjørhet, og insulin glargin til behandling av diabetes, se tabell 52 og 53. Andel solgte pakninger og omsetning gjelder for perioden juni 2023 - juli 2024. For teriparatid ble begge trinnpriskuttene avtalt med leverandør i forkant av lansering og i forbindelse med beslutning om blåresept. Både for teriparatid og for insulin glargin ble det foretatt skjønnsmessige trinnpriskutt, fordi DMP mottok signaler fra leverandørene om at større kutt kunne medføre dårligere leveringssikkerhet, eventuelt legemiddelmangel.

**Tabell 52: Teriparatid\* - skjønnsmessig 2. kutt 44 %**

Varenavn	Type	Leverandør	Andel solgte pakninger	Andel av omsetning inkl. mva.
Forsteo	Original	Eli Lilly	11,6 %	14,3 %
Movymia	Biotilsvarende	Stada	0,0 %	0,0 %
Sondelbay	Biotilsvarende	Accord	16,8 %	16,0 %
Terrosa	Biotilsvarende	Gedeon Richter	20,4 %	20,3 %
Terrosa	Biotilsvarende	Gedeon Richter Plc.	50,8 %	49,0 %

\* Trinnpris innført 01.01.2022.

Kilde: Farmaloggs legemiddelstatistikk.

**Tabell 53: Insulin glargin\* - skjønnsmessig 2. kutt 30 %**

Varenavn	Type	Leverandør	Andel solgte pakninger	Andel av omsetning inkl. mva.
Lantus SoloStar	Original	Sanofi	29,3 %	33,1 %
Abasaglar KwikPen	Biotilsvarende	Eli Lilly	8,8 %	9,1 %
Semglee	Biotilsvarende	Biosimilar Collaborations	61,9 %	57,8 %

\* Trinnpris innført 01.03.2022

Kilde: Farmaloggs legemiddelstatistikk.

Siden har også insulin aspart og insulin lispro fått trinnpriskutt, se tabell 54 og 55. Andel solgte pakninger og omsetning gjelder for perioden juni 2023 - juli 2024. For disse produktene er andre trinnpriskutt foreløpig ikke gjennomført, selv om det har gått mer enn seks måneder siden første kutt. Som vist i tabellene nedenfor har byttegraden i apotek økt betraktelig etter innføring av trinnpriser.

Ingen biotilsvarende legemidler har foreløpig fått et tredje trinnpriskutt.

**Tabell 54: Insulin lispro\* - 1. kutt 25 %**

Varenavn	Type	Leverandør	Andel solgte pakninger	Andel av omsetning inkl. mva.
Humalog KwikPen	Original	Eli Lilly	57,8 %	64,9 %
Insulin lispro sanofi	Biotilsvarende	Sanofi	42,2 %	35,1 %

\*Trinnpris innført 15.01.2024.

Kilde: Farmaloggs legemiddelstatistikk.

**Tabell 55: Insulin aspart\* - 1. kutt 25 %**

Varenavn	Type	Leverandør	Andel solgte pakninger	Andel av omsetning inkl. mva.
NovoRapid FlexPen	Original	Novo Nordisk	59,2 %	62,5 %
Insulin aspart Sanofi SoloStar	Biotilsvarende	Sanofi	40,8 %	37,5 %

\* Trinnpris innført 01.10.2023.

Kilde: Farmaloggs legemiddelstatistikk.

DMP har innhentet grossist innkjøpspriser for biotilsvarende legemidler på byttelisten hos FHI. Som nevnt ovenfor, omfatter dette fire legemidler. [REDACTED]

### 8.1.1 Erfaringer så langt med trinnpris for biologiske legemidler

Erfaringene med oppføring på byttelisten og innføring av trinnpriser for biologiske legemidler er så langt begrenset. Konkurransen og bytting av biotilsvarende legemidler i apotek er mindre utbredt både i Norge og internasjonalt enn for ordinære, syntetiske legemidler. I mange tilfeller er det også færre produsenter og leverandører. Dette bildet er i ferd med å endre seg, og det er signaler fra andre land om at lignende bytteordninger som den vi har i Norge er under vurdering, blant annet i Irland. Etersom en rekke biologiske legemidler vil gå av patent i de nærmeste årene, forventes det økt konkurranse for disse legemidlene fremover. Fra myndighetenes side vil det derfor være viktig å følge godt med på markedsutviklingen, og tilpasse virkemiddelapparatet slik at prisreduksjoner gir innsparinger for folketrygden ved patentutløp.

Som vist i tabellene ovenfor har myndighetene måtte sette skjønsmessige trinnpriser i to tilfeller, og i to andre tilfeller har det andre trinnpriskuttet ikke blitt gjennomført i henhold til forskriftens intensjon. Dette er i høy grad basert på høringsinnspill fra leverandører og grossister som peker på at høyere kuttsatser, og for tidlig gjennomføring av andre trinnpriskutt, vil kunne svekke leveringsevnen og lønnsomheten. Det pekes også på at produksjonskostnadene for biologiske legemidler er høyere enn for syntetiske legemidler, og at det ofte er få leverandører og konkurrenter. Ved lavere kuttsatser, og/eller i tilfeller hvor det går lenger tid mellom første og andre kutt enn forutsatt, styrkes leverandørenes og grossistenes inntjening, mens innsparingen for folketrygden reduseres. Leverandører og grossister har således økonomiske insentiver til å peke på risikoen for mangelsituasjoner og høye produksjonskostnader i sine hørings svar om kutt i trinnprisene.

Myndighetene har begrenset mulighet til å kontrollere leverandørenes opplysninger om produksjonskostnader, og om de forskriftsfestede trinnpriskuttene vil føre til forsyningsproblemer eller mangelsituasjoner som en følge av at produsenter trekker seg fra det norske markedet.

### 8.1.2 Er det behov for endringer i trinnprisordningen?

Når DMP fører opp et legemiddel på byttelisten, og flere konkurrenter kommer til, vil grossistene forhandle med leverandørene for å oppnå gode pristilbud på det legemiddelet apotekkjeden skal føre, og eventuelt bytte pasientene over på. Grossisten beholder selv den fremforhandlede grossistmarginen eller forskjellen mellom innkjøpspris og trinnpris. Trinnprisordningen har fungert som en viktig inntektskilde for apotek- og grossistkjedene over tid, samtidig som den over tid har bidratt til store innsparinger for folketrygden. For biologiske legemidler har de forventede innsparingene for folketrygden vært lavere enn for syntetiske legemidler. Erfaringen så langt kan også tyde på at det er større usikkerhet knyttet til å sette riktige kuttsatser for biotilsvarende legemidler.

Sett fra myndighetenes ståsted, gir dagens trinnprisordning økonomiske incentiver for både leverandører og grossister til å argumentere for lavest mulig kuttsatser, og at det går lengre tid fra første til andre og tredje kutt i trinnprisen, enn det forskriften tilsier. Blant annet på grunn av begrenset erfaringsgrunnlag med biotilsvarende legemidler, har myndighetene få muligheter til å kontrollere om informasjonen er riktig, og verifisere om opplysninger om risiko for forsyningsproblemer og mangel er reelle. For å motvirke disse incentivene kan én mulighet være at adgangen til å foreta bytte av biotilsvarende legemidler i apotek (gjennom oppføring på byttelisten), først inntreffer når det er inngått avtale om levering av generisk eller biotilsvarende legemiddel til Norge. Denne vurderingen, som i dag utgjøres av et vilkår om stabil generisk eller biotilsvarende konkurranse for trinnpris oppsatt i legemiddelforskriften § 12-14 annet ledd bokstav b, tas dermed før legemiddelet kommer på byttelisten, og det vil ikke være tilleggsvilkår for å beregne trinnpris utover at legemiddelet er på byttelisten. Det kan da samtidig med oppføring på byttelisten gjennomføres trinnpris. Det kan også stilles spørsmål ved om det er nødvendig å dele opp trinnpriskutt for biologiske og biotilsvarende legemidler, eller om dette bør være mer på linje med øvrige, syntetiske legemidler på trinnpris.

### 8.1.3 Vurdering av samtidig innføring av trinnpris og bytte i apotek

For å forsikre leverandørene om at det generiske eller biotilsvarende legemiddelet deres vil være på byttelisten når det kommer på det norske markedet, kan man se for seg en pre-bytteliste (en slags venteliste), der alle andre vurderinger for bytte er foretatt av DMP. Så snart det foreligger avtale om forsyning av legemiddelet til Norge, blir det automatisk ført opp på byttelisten. Grossistene vil før dette tidspunktet ha sterke incentiver til å melde fra om en slik avtale, for at legemiddelet skal komme på byttelisten. Det blir da også umiddelbart fastsatt en trinnpris for legemidler som skal ha dette, da det ikke er noe annet vilkår enn at legemiddelet er på byttelisten for fastsettelse av trinnpris. Dette er en mulig løsning for å lage et regelverk som gjelder for alle legemidler, uavhengig av om det er syntetisk eller biologisk eller om det skal på trinnpris eller ikke, og samtidig gir partene incentiver på riktige tidspunkt i prosessen.

Dersom adgangen til å foreta bytte i apotek skjer samtidig med innføring av full trinnpris, vil dette kunne styrke grossistenes incentiv til å planlegge og skaffe leveringsdyktige leverandører som kan konkurrere med originalleverandøren. Dette skyldes at grossistene først vil kunne høste gevinsten av gunstige innkjøpspriser, og muligheten til å bytte til dette legemiddelet i apotek, fra dette tidspunktet. Fra statens side kan dette medføre at det tar noe lenger tid før prisene på biologiske legemidler faller, noe som kommer originalprodusentene til gode i det tidsrommet hvor de ikke må konkurrere på pris. Oppsiden fra myndighetenes ståsted, er at når konkurranse først inntreffer, vil kuttene kunne være større, samtidig som det vil gi grossistene incentiver til å skaffe andre leverandører enn originalleverandøren.

På nåværende tidspunkt vurderer DMP at erfaringen med biotilsvarende legemidler, (trinnpris og bytte) er begrenset, og at dette markedssegmentet fortsatt er noe umodent. Det vurderes derfor ikke som aktuelt å gå videre med ovennevnte forslag på nåværende tidspunkt, men at det kan være aktuelt å vurdere nærmere i fremtiden både for syntetiske og biologiske legemidler.

### 8.1.4 Anbud som alternativ til trinnpris

I henhold til legemiddelforskriften § 12-14, fjerde ledd, bokstav g, kan Direktoratet for medisinske produkter unnlate å fastsette trinnpris for byttegrupper eller bestemte legemidler som av særlige grunner ikke er egnet for trinnpris. I vurderingen kan det blant annet legges vekt på om «særlige innkjøpsordninger» gir tilnærmedesvis samme prisreduksjon.

Som tidligere omtalt er en hovedutfordring med dagens trinnprisordning for biotilsvarende legemidler at det kan være problematisk for myndighetene å administrativt sette trinnpriser, uten å kjenne de reelle produksjons- og omsetningskostnadene. Selv om myndighetene i prinsippet kan be leverandører og grossister om slike opplysninger, vil det ikke være mulig å verifisere riktigheten og fullstendigheten av opplysningene. Det er også usikkert om aktørene faktisk vil oppgi slik informasjon, som kan være av forretningssensitiv betydning både for det norske og internasjonale legemiddelmarkedet.

For å bøte på dette informasjonsproblemet, kan én mulig løsning være å konkurranseutsette biotilsvarende legemidler gjennom anbud, tilsvarende anbud for biotilsvarende legemidler i spesialisthelsetjenesten. Erfaringsmessig har anbudsutsetting av biotilsvarende legemidler til bruk i sykehus og på H-resept gitt store rabatter, bedre ressursutnyttelser og bedre legemiddeltilgang for pasientene, uten at det medfører redusert kvalitet eller urimelig merarbeid for helsepersonell.

Ettersom leverandørene selv kjenner de biotilsvarende legemidlenes reelle produksjons- og omsetningskostnader, vet de også hvilke legemiddelpriser de kan levere til, og hvilke priser som ivaretar nødvendig inntjening. Slike anbud er gjennomført både for patenterte legemidler i og utenfor spesialisthelsetjenesten, og for biotilsvarende legemidler i spesialisthelsetjenesten. Gjennomføring av anbud for biotilsvarende legemidler på blåresept, vil trolig kunne følge samme prinsipper for oppgave- og ansvarsfordeling som allerede er etablert for andre legemidler på blå resept. Et slikt tiltak må i så fall utredes, og kan eventuelt prøves ut gjennom et pilotprosjekt.

## 8.2 Tiltak for å sikre forsyning av antibiotika og andre legemidler med sårbar forsyningssituasjon

DMP har anledning til å fastsette en høyere maksimal AIP enn hva hovedreglene tilsier, hvis legemiddelet står i fare for å bli utilgjengelig i det norske markedet. Følgende to forutsetninger kreves å være oppfylt:

- Det må være stor risiko for at legemiddelet ikke blir tilgjengelig i markedet hvis beregnet maksimalpris vedtas.
- Hvis legemiddelet ikke blir tilgjengelig, vil dette kunne ha negative konsekvenser for tilgangen til samfunnsnyttige og kostnadseffektive legemidler.

Dersom disse forutsetningene er til stede, vil DMP vurdere å sette en høyere pris ut fra en skjønnsmessig vurdering hvis leverandørene ber om det. Disse prinsippene vil også legges til grunn i tilfeller der trinnpriser beregnet forskriftsmessig blir svært lave.

Dette virkemiddelet kan være en god førstelinjemekanisme for å beholde viktige legemidler på det norske markedet, og vil i mange tilfeller være et tilstrekkelig virkemiddel. Dette er imidlertid et reaktivt virkemiddel, og foretas bare for hvert enkelt legemiddel per søknad. Skjønnsmessige vurderinger kan være arbeidskrevende og gir lavere forutsigbarhet for leverandørene i forkant av beslutningene. Det kan derfor være ønskelig å styrke virkemiddelapparatet - i tillegg til skjønnsmessige prisvurderinger, for å sikre at viktige legemidler er tilgjengelige i Norge.

## 8.2.1 Økning av prisene på utvalgte antibiotika høsten 2023

Fra oktober 2023 ble prisene justert opp på 16 antibakterielle virkestoff og i alt 173 varenumre, jf. tabell 56.

### Bakgrunn

I Norge har det oppstått mangler på flere viktige antibiotika de senere årene. Norge har sammen med de andre nordiske landene og Nederland, en antibiotikapraksis hvor bruk av smalspektrede antibiotika er en viktig del av strategien for å bremse resistensutvikling. Eldre smalspektret antibiotika har derfor i hovedsak begrenset sitt marked til Norden og Nederland. Samtidig er Norge et lite marked for legemiddelleverandørene. Flere antibiotika har få leverandører. Blant annet har de smalspektrede antibiotikaene fenoksymetylpenicillin og pivmecillinam bare to leverandører med «Certificate of Suitability» (CEP-serifikat), per 2023. Dette bidrar til at forsyningen kan være sårbar.

Prisene på antibiotika i Norge må sies å være lave, også sammenlignet med Sverige og Danmark.<sup>34</sup> Små pakninger med lav styrke er vanligvis de mest sårbare for å forsvinne fra markedet på grunn av lav pris. I tillegg har disse pakningene ofte et lite salgsvolum. Ofte er dette naturlige pakningsvalg til barn, og som det derfor er særlig ønskelig å beholde på markedet.

Som et tiltak for å sikre bedre tilgang og forsyning gjennomførte norske myndigheter høsten 2023, prisøkninger på utvalgte antibiotika. Prisøkningene er et virkemiddel for å gjøre det mer attraktivt for leverandørene å levere antibiotika til Norge. En forutsetning for at dette virkemiddelet skal være effektivt, er at prisøkningen tilfaller leverandørene.

### Gjennomføring

Oppmerksomheten har i utgangspunktet vært rettet mot eldre smalspektrede penicilliner, men utvalget består også av mer bredspektrede antibiotika som er vurdert å ha sårbar forsyning. I all hovedsak gjelder dette antibiotika til systemisk bruk, med et innslag av ett antiparasittært middel, som benyttes i primærhelsetjenesten. Intravenøse formuleringer er imidlertid utelatt, da disse brukes utelukkende i spesialisthelsetjenesten.

**Tabell 56: Liste over virkestoff med fikk prisøkninger.**

	Virkestoff	ATC		Virkestoff	ATC
1.	Amoksicillin	J01CA04	9.	Erytromycin	J01FA01
2.	Pivmecillinam	J01CA08	10.	Klaritromycin	J01FA09
3.	Fenoksymetylpenicillin	J01CE02	11.	Azitromycin	J01FA10
4.	Dikloksacillin	J01CF01	12.	Klindamycin	J01FF01
5.	Amoksicillin-klavulansyre	J01CR02	13.	Ciprofloksacin	J01MA02
6.	Cefaleksin	J01DB01	14.	Nitrofurantoin	J01XE01
7.	Trimetoprim	J01EA01	15.	Doksyklin	J01AA02
8.	Trimetoprim sulfa	J01EE01	16.	Metronidazol	P01AB01

Kilde: DMP.

Utvelgelsen av virkestoffene er gjort med grunnlag i en norsk og en svensk rapport, i tillegg til beredskapslagerets prioritering av legemidler.<sup>35</sup> Fagkompetanse i DMP, med innspill fra det kliniske fagmiljøet, har kvalitetssikret utvelgelsen av virkestoffene.

<sup>34</sup> I forbindelse med prisøkningen på antibiotika foretok DMP en prissammenligning med identiske produkter i Sverige og Danmark.

<sup>35</sup> *Mulighetsstudien for antibiotikaproduksjon* (Hdir, 2022) og *Uppdrag att stärka tillgången till äldre antibiotika* (Folkhälsomyndigheten och Läke-medelsverket, 2022), samt skjema for beslutningsstøtte- prioritering av legemidler (Beredskapslageret B180).

Konkret ble alle maksimalpriser AIP - 118 pakninger, gitt en prisøkning på minimum 40 kroner, eventuelt 40 % av AIP hvis prisøkningen ville overstige 40 kroner. For trinnprisene - 55 pakninger, gjelder en tilsvarende økning på «trinnpris-AIP». For varenumre hvor ny trinnpris ble høyere enn maks AUP, fikk 16 av disse også ny maksimalpris. Miksturer fikk en prisøkning på minimum 50 kroner på AIP, eventuelt 40 % av AIP hvis prisøkningen ville overstige 50 kroner, da disse ble sett på som særlig viktig å beholde.<sup>36</sup>

### Økonomiske konsekvenser

Dersom intravenøse formuleringer og pakninger på godkjenningsfritak utelates, var omsetningen på de utvalgte virkestoffene på tiltakslisten, 266 millioner kroner inkludert mva., i årsperioden februar 2022 til januar 2023.

De gjennomførte prisøkningene økte omsetningen til om lag 396 millioner kroner, slik at kostnaden for tiltaket beløp seg til nær 130 millioner kroner per år. Med en estimert refusjonsandel på 9,9 % vil pasient og folketrygd måtte dekke henholdsvis 117 og 13 millioner kroner, av dette beløpet.

I den grad Helsedirektoratet kjøper inn antibiotika som har fått en høyere pris til eget beredskapslager, vil prisøkningen øke kostnadene for å etterfylle B180-lageret. Ytterligere kostnadsøkninger vil oppstå ved en utvidelse av sortimentet på B180 som inkluderer virkestoff på DMPs tiltaksliste.<sup>37</sup> Disse utgiftsøkningene vil imidlertid være neglisjerbare i det store bildet.

### Datinnhenting

For å evaluere tiltaket, har DMP innhentet data over legemiddelgrossistenes innkjøpspriser fra FHI og den grossistbaserte legemiddelstatistikken for perioden august 2023 til og med juni 2024.<sup>38</sup>

Tabell 57 viser den gjennomsnittlige andelen av prisøkningene for maksimalpriser og trinnpriser på AIP-nivå, som tilfaller leverandørene. For produkter som har fått justert maksimal AIP, har prisøkningene tilfalt leverandørene i gjennomsnitt [REDACTED]. Tilsvarende for produkter som har fått justert trinnpriser «AIP», er henholdsvis [REDACTED].

**Tabell 57: Andel av prisøkningen på AIP-nivå som tilfaller leverandørene.**

	Grossist 1		Grossist 2		Grossist 3	
	Maks AIP	Trinnpriser	Maks AIP	Trinnpriser	Maks AIP	Trinnpriser
Gjennomsnitt	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
Median	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
Produkter uten økning i GIP	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
Antall produkter	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

Kilder: FHI og DMP.

DMP har etter at prisøkningene ble implementert gjennom møter med bransjeforeningene, både fra grossist- og leverandørsiden, fått innspill og kommentarer til hvordan pristiltaket har fungert. Fra leverandørhold har det blitt fremhevet at prisøkningene er direkte årsak til at enkelte varenumre som skulle avregistreres, fortsatt blir markedsført i Norge.

<sup>36</sup> Dette skyldes at alle miksturer på listen har indikasjon til barn, og som regel er foretrukket legemiddelform til disse.

<sup>37</sup> Bare amokisicillin, pivmecillinam, fenoksymetylpenicillin, erytromycin og ciprofloksacin inngikk med orale formuleringer i B180 per februar 2023.

<sup>38</sup> Prisene er hva grossistene (Alliance Healthcare, NMD og Apotek 1-gruppen) oppgir som de faktiske innkjøpsprisene til FHI og den grossistbaserte legemiddelstatistikken. FHI har imidlertid ingen mulighet til å kontrollere de innrapporterte tallene.

Videre har DMP fått informasjon fra leverandører og bransjeforeninger, om at grossistene i flere tilfeller tar store deler av - eller hele, prisøkningen. Dette er i samsvar med funnene som er oppsummert i tabell 57. Fra grossistene har det blitt hevdet at i tilfeller hvor leverandørene ikke har fått forhøyet GIP, så har de ikke bedt om dette. I tillegg har grossistene ytret at de for produkter med flere tilbydere, i liten grad er innstilte på å videreføre prisøkninger på AIP-nivå slik at de kommer leverandørene til gode i sin helhet.

### **Prisøkninger på antibiotika - Vurdering og konklusjon**

Oppreguleringen av prisene på utvalgte antibiotika har trolig bidratt til at avregistreringer er unngått inntil videre, og samtidig gjort markedsføring av nye pakninger i det norske markedet mer attraktivt. Dette var hovedformålet med tiltaket.

Antibiotika foreskrives hovedsakelig på hvit resept slik at pasient, og i mindre grad folketrygden, belastes prisøkningene. DMP vurderer likevel at prisøkningene ikke vil medføre noen vesentlig økonomiske belastninger for den enkelte bruker, da pakningene vanligvis har lav pris og typisk benyttes for kurer i 5 til 10 dager.

En åpenbar fordel med prisøkninger som virkemiddel, er at tiltaket lot seg gjennomføre raskt og uten regelverksendringer, og samtidig styrket leverandørenes insentiver til å beholde sårbare legemidler på markedet. Tidsaspektet er et vesentlig poeng da beslutninger om å avregistrere legemidler sjeldent blir reversert. En annen fordel er at innretningen på prisøkningsstrukturen, fører til at billige pakninger øker relativt mer i pris. Dette er ønskelig da de billigste pakningene, også med tanke på pakningsstørrelse og styrke, ofte er de mest sårbare fra et forsyningsperspektiv.

For at tiltaket skal være effektivt så forutsettes det at grossistene viderefører prisøkningen til leverandørene, det vil si at grossistenes innkjøpspriser øker tilsvarende økningen i maksimal AIP. Denne intensjonen har vært kommunisert tydelig fra DMP til bransjeforeningene i forkant av prisøkningen, og i møter gjennom høsten 2023 og våren 2024. Imidlertid ser vi at dette bare delvis har blitt etterlevd av grossistene. Dette gjør seg særlig gjeldende for antibiotika med trinnpris, hvor resultatene av tiltaket ikke kan betegnes som tilfredsstillende, jf. tabell 57. Oppsummert kan resultatene av å øke maksimal AIP og trinnpriser for utvalgte antibiotika høsten 2023, kategoriseres ut fra konkurransesituasjonen til det enkelte antibiotikum:

- 1) Prisøkningen for antibiotika med én leverandør har stort sett kommet leverandøren til gode.
- 2) Prisøkningen på antibiotika med flere leverandører blir i større grad delt mellom grossist og leverandørene.
- 3) Økte trinnpriser har i mindre grad kommet leverandørene til gode.

Leverandøren beholder en relativt større andel av prisøkningen i tilfeller med én leverandør for et legemiddel. Dette skyldes i hovedsak at leverandørenes markedsrett svekkes ved flere tilbydere. Det presiseres at det alltid er ønskelig med flere leverandører av et legemiddel, men tiltaket med prisøkninger vil da isolert sett fungere dårligere.

Ved flere leverandører av et produkt, vil grossistenes innkjøpspris i noen tilfeller reduseres ved at leverandører underbyr hverandre, og grossisten tar inn produkter fra den leverandøren som tilbyr lavest pris. Dette vil da være til en GIP under det som følger av prisøkningene på antibiotika. Konklusjonene i punkt 2) og 3) ovenfor, henger til en stor grad sammen, da antibiotika på trinnpris alltid har minst to mulige leverandører.

DMP mangler i dag hjemmel til å regulere grossistenes innkjøpspris. Prisøkninger på AIP-nivå vil derfor kunne ha begrenset treffsikkerhet for å styrke de økonomiske insentivene i leverandørleddet. Prisøkningene på antibiotika var ikke tiltenkt grossistene, og det må derfor vurderes om tiltaket skal videreføres.



Formålet med prisøkningene er å bidra til å beholde sårbare pakninger med antibiotika på det norske markedet, og samtidig styrke leverandørenes insentiver til å introdusere nye produkter. På bakgrunn av våre vurderinger ovenfor, mener vi at tiltaket til en viss grad har fungert etter hensikten på kort sikt. Etterlevelsen av tiltaket fra grossistene har ikke vært helt i tråd med intensjonen. Dette reduserer effekten av tiltaket, og DMP forventer dessuten at den positive effekten av tiltaket så langt, vil avta frem i tid. Det vil derfor være behov for andre tiltak, eventuelt flere tiltak sammen med prisøkninger, for å sikre god fremtidig tilgang og forsyning av eldre og smalspektrede antibiotika.

### **8.2.2 Økning av minstetrinnpriser og styrking av sårbare legemidler**

I begynnelsen av 2023 fikk DMP i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) å vurdere behovet for justeringer i prisnivået for forsyningskritiske legemidler, spesielt behov for tiltak for legemidler i trinnprisordningen som ikke har blitt prisjustert over lengre tid. Dette som en oppfølging av områdegjennomgangen av legemidler under folketrygden<sup>39</sup> 2020, samt den generelle pris- og valutakursutviklingen de siste årene.

I utredningen ble det identifisert 25 virkestoff der en høy andel av omsetningen tilfalt grossist- og apotekleddet. Det ble dermed foreslått å øke trinnpriskuttet på pantoprazole, da kutsatsen ville vært høyere dersom den ble fast satt i dag. Samtidig ble det foreslått å øke prisnivået på utvalgte trinnprislegemidler, der virkestoffet har en lav omsetning og lav pakningspris sammenlignet med Sverige og Danmark.

I lys av utredningen, ble det i februar 2024 gjennomført to trinnpristiltak:

- i. minstetrinnpris AIP ble hevet fra 15 kroner til 27 kroner
- ii. prisen på legemidler med en gjennomsnittlig pakningspris på under 200 kroner ble økt med minst 20 kroner eller 25 %.

Hensikten med tiltakene var å styrke produsentenes insentiver til å beholde sårbare legemidler på det norske markedet.

DMP fastsetter apotekenes maksimale innkjøpspris (AIP) på reseptpliktige legemidler for mennesker, samt apotekenes maksimale avanse, og dermed apotekenes utsalgspris (AUP). I denne modellen vil det være opp til grossistene og leverandørene å forhandle hvilken pris grossisten betaler leverandøren. For at myndighetsfastsatte prisøkninger på AIP-nivå skal tilfalle leverandørene, må grossistene videreføre prisøkningen ved å tilby leverandørene å betale høyere innkjøpspriser. Leverandørene må på sin side etterspørre prisøkninger fra grossistene på egne produkter. Siden DMP per i dag ikke har hjemmel til å fastsette grossists innkjøpspris (GIP), er virkemidlet med å øke maks AIP for å styrke leverandørleddet, helt avhengig av at grossistene etterlever myndighetene intensjoner bak tiltaket.

For å evaluere om leverandørene faktisk ble tilført prisøkningen DMP fastsatte, er data innhentet fra FHIs grossistbaserte statistikk for perioden juli 2023 til juni 2024. Denne statistikken viser månedlige gjennomsnittspriser på grossistenes innkjøpspriser. Tiltakene var gjeldende fra og med 15. februar 2024.

#### **Økning av trinnpriser på sårbare legemidler**

I tiltaket for å øke trinnprisene på sårbare legemidler ble pakningsprisen på 11 ATC-koder økt. Sårbare legemidler er her definert som en gjennomsnittlig pakningspris lavere enn 200 kroner. Dette tilsvarte 99 varenumre, hvor 38 av varenumrene var kjøpt av grossistene da tiltaket ble vedtatt i februar 2024.

<sup>39</sup> [Riktige legemidler til rett pris - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no)

For at prisøkningen skal tilfalle leverandør, måtte grossistenes innkjøpspris settes opp med minst 20 kroner på disse varenumrene. Gjennomsnittspriser fra de tre grossistene viser at 20 varenumre fikk en prisøkning fra 3 kroner til 62 kroner. Kun 11 varenumre fikk en prisøkning fra grossistene på over 19 kroner. Resten av varenumrene fikk ingen, eller en nedgang, i pris etter februar 2024.

### **Økning av minste trinnpris AIP**

I alt 232 varenumre fikk økt trinnpris februar 2024, som en følge av at minstetrinnpris AIP ble økt til 27 kroner. Av disse var 109 varenumre registrert som markedsført, og 85 av varenumrene var solgt til grossistene fra februar til juni 2024. Økningen ble regulert opp av DMP med 0,5 kroner til 15,7 kroner, og den høyeste prosentøkningen var på 34,2 %.

Høyeste observerte prisøkning på grossistenes innkjøpspriser var 11 kroner på ett varenummer, og 17 andre varenumre fikk en økning fra 5 til 10 kroner. De 67 resterende varenumrene fikk ingen eller opptil 4 kroner økning i pris. Ingen av varenumrene fikk hele den tiltenkte prisøkningen. For de 27 varenumrene som fikk en prisøkning på 2 kroner eller mer, lå prisøkningen i gjennomsnitt på 60 % av hva det skulle ha vært.

Samlet tilsier dette at tiltakene ikke fungerte etter hensikten, og undersøkelsen tyder på at store deler av prisøkningen tilfalt apotek- og grossistledet, i stedet for leverandørene.

## **8.3 Andre mulige tiltak for å sikre tilgang på sårbare legemidler**

I kapittel 8.2 ble gjennomførte tiltak høsten 2023 og vinteren 2024, beskrevet og vurdert. Tiltakene var innrettet mot produkter hvor forsyningen ble ansett som særlig sårbar.

Myndighetenes formål med å øke apotekenes maksimale innkjøpspriser på antibiotika og andre sårbare legemidler, var at prisøkningen i sin helhet skulle videreføres gjennom legemiddelomsetningskjeden, og komme leverandører og produsenter til gode. DMP vurderer at tiltakene delvis har fungert etter intensjonen for antibiotika på kort sikt, mens økningen av minstetrinnpriser og økningen av prisene på andre relativt billige og sårbare legemidler, ikke har kommet leverandørene til gode slik de var tiltenkt.

For å kunne sikre tilgang og forsyning av sårbare legemidler, ser DMP derfor behov for å kunne benytte andre typer tiltak og virkemidler i fremtiden. Aktuelle tiltak bør underbygge myndighetenes mulighet til å direkte styrke produsentenes økonomiske insentiver for å opprettholde og satse på produksjon av viktige legemidler.

Det vil være behov for ytterligere vurderinger for tiltakene som er skissert i dette kapittelet.

### **8.3.1 Regulering av grossistenes innkjøpspris (GIP)**

Myndighetene regulerer i dag apotekets maksimale innkjøps- og utsalgspriser. Legemiddelprodusentenes pris til grossist og grossistens avanse er ikke regulert i legemiddelforskriften. Produsentenes pris til grossist, og dermed også grossistens avanse, bestemmes derfor etter forhandlinger og avtaler mellom legemiddelprodusenter og grossister.

Regulering av maksimal AIP hvor produktet har flere leverandører, resulterer i mange tilfeller i at grossistene selv tar ut en betydelig del av prisøkningen. En måte å unngå slike uønskede tilpasninger, er at det gis hjemmel til å fastsette grossistenes innkjøpspris ved behov. Dette vil i første rekke være aktuelt for legemidler som ellers kan stå i fare for å gå ut av produksjon og dermed føre til uheldige mangelsituasjoner. Et supplerende tiltak kan være å innføre muligheten til å gi pålegg om at grossistene skal etablere avtaler med mer enn en leverandør der det er flere tilbydere. Det må utarbeides nærmere regler for når det er behov for å fastsette GIP, men hjemmelen bør i

utgangspunktet være tilstrekkelig vid til at myndighetene kan gripe inn effektivt for å forebygge og forhindre legemiddelmangel på viktige terapiområder.

Når DMP samtidig fastsetter maksimal AIP, innebærer dette at direktoratet fastsetter grossistenes maksimale avanse. Det bør vurderes å gjøre en slik prisfastsettelse tidsbegrenset, eventuelt med fornyet vurdering dersom forsyningssituasjonen endrer seg. DMP anbefaler å vurdere dette tiltaket nærmere.

### **8.3.2 Offentlig anskaffelse av sårbare legemidler**

For å sikre forsyningen av legemidler med sårbar leveranse, kan et alternativt tiltak være at myndighetene selv gjennomfører anskaffelsen av legemidlene, direkte fra produsenter og leverandører. Myndighetene vil i en slik modell kunne stå som eier av legemidlene, samtidig som det inngås avtaler med grossister om logistiske funksjoner som lagerhold og distribusjon. Om mulig kan det være aktuelt med parallelle anskaffelser av samme eller lignende legemiddel fra flere leverandører.

Modellen innebærer at myndighetene forhandler om, og avtaler, innkjøpsvilkår direkte med produsentene. Det kan også være aktuelt å forhandle om betingelser som opprettholdelse av produksjonsberedskap og omfanget av denne. Det er sannsynlig at en slik modell vil omfatte flere etater på legemiddelområdet, og det vil trolig måtte inngås samarbeidsavtaler for å sikre klar rolle- og ansvarsfordeling. Det er allerede etablert flere samarbeidsavtaler rundt offentlige anskaffelser på legemiddelområdet. En eventuell samarbeids- og innkjøpsavtale for legemidler med sårbar leveranse vil trolig kunne følge mange av de samme hovedprinsippene som ligger til grunn for anskaffelser av vaksiner til vaksinasjonsprogrammer, felleseuropeiske anskaffelser og legemidler på blå resept. DMP ser det som aktuelt å utrede dette forslaget nærmere i samarbeid med andre relevante statlige aktører på legemiddelfeltet.

## 9. Regulering av apotekavansen på legemidler

Direktoratet for medisinske produkter fastsetter maksimal apotekavanse på reseptpliktige legemidler med markedsføringstillatelse, jf. forskrift om legemidler til mennesker (legemiddelforskriften) av 18. desember 2009 nr. 1839. Apotekavansen beregnes ut ifra maksimal AIP per pakning, ved å legge til 2 % og 29 kroner, i tillegg til relevante krone- og prosenttillegg.

De gjeldende avansesatsene er som følger:

- Prosentpåslag på legemidlets maksimale innkjøpspris 2,0 %
- Kronetillegg kr. 29,- per pakning
- Tillegg for A/B-preparater kr. 19,- per pakning
- Kjølevarer tillegg - prosentpåslag på legemidlets maksimale innkjøpspris 0,5 %

De overordnede formål ved apotekavansen ble formulert i oppsummeringen Legemiddelverkets evaluering av apotekavansen i 2020, jf. *Evaluering av apotekavanse 2020*:

*«Apotekavansen skal dekke kostnader apoteket har i forbindelse med lovpålagte oppgaver og plikter knyttet til resept- og varehåndteringen. Disse oppgavene er utdypet i lover, forskrifter og rundskriv. Apotekavansen må ses på som en del av de samlede rammevilkår som skal skape grunnlag for avkastning til eierne av apotekene i Norge.»*

*Når myndighetene vurderer å innføre nye plikter, skal kostnader ved det utredes. Samtidig er det ikke gitt at kostnadene skal kompenseres direkte i apotekavansen. Det er rimelig å forvente at apotekene effektiviserer sin virksomhet gjennom endringer i prosesser og bruk av teknologi. Det er apotekene selv som har den beste informasjonen om sitt eget kostnadsbilde.»*

Videre beskrives hensyn og virkemåte som ligger til grunn for dagens avanseformel nærmere i rapportens kapittel 5:

*«Dagens avanseformel er relativt enkelt strukturert hvor det er tatt høyde for at den skal reflektere gjennomsnittskostnadene per pakning. Lønnsomheten vil derfor variere for apotekene for ulike pakninger og ulike reseptekspedisjoner. At formelen for å beregne avanse er enkel er en fordel i seg selv, for alle aktører. Det gjør det enkelt for alle å beregne forventet avanse ved salg.»*

*Reguleringen av avansen må gi riktige insentiver slik at apotek kan oppfylle sine oppgaver uten at økonomisk tilpasning er til hinder for det. Av hensyn til konkurransen, bør det være et kriterium at reguleringen ikke gjør det vanskelig å drive et apotek uten å være integrert med grossisten. Tilgangen til apotek for befolkningen er også av betydning.»*

DMP vurderer at de overordnede formål og premisser for apotekavansen fra 2020, fortsatt er gyldige for gjennomgangen av apotekavansen i 2024. Utover de formål som er beskrevet ovenfor, er apotekavansen et virkemiddel i apotekpolitikken som påvirker hvor - og hvor mange, apotek som etableres og nedlegges. De økonomiske rammebetingelsene vil også kunne innvirke på den apotekfaglige standarden.

I dette kapitlet vurderes hovedtrekk i utviklingen av apotekenes inntekter, kostnader og oppgaver, som er viktige utgangspunkt for innretningen av og størrelsen på apotekavansen. Videre vurderes hvilken virkning omleggingen av avanseformelen i 2019 har hatt på apotekenes inntekter, samt tiltak for å sikre kostnadsriktige arbeidspriser.

Enkelte tabeller og figurer i dette kapittelet er utarbeidet av Apotekforeningen, på basis av data som bare Apotekforeningen har tilgang til. Vi har kvalitetssikret fremstillingene med DMPs egne datakilder. Disse fremstillingene sammenfaller godt med våre data.

## 9.1 Vurdering av modellen for beregning av apotekavanse

Avanseformelen har blitt justert flere ganger gjennom årene. Tabell 58 viser endringer siden 2009. Prosenttillegget har over tid blitt redusert, mens kronetillegget har økt. Siste endring ble gjort i 2019. Ingen endringer har blitt gjort etter evalueringen av apotekavansen i 2020.

**Tabell 58: Utvikling i avanseformelen siden 2009.**

Apotekavansen	2009	2014	2016	2017	2018	2019
Kronetillegg	22	25	25	25	29	29
Kjølewaretillegg	-	-	-	-	0,50 %	0,50 %
Prosenttillegg AIP<200 kr	7 %	7 %	7 %	7 %	-	-
Prosenttillegg AIP>200 kr	4 %	3 %	2,50 %	2,25 %	-	-
Prosenttillegg	-	-	-	-	2,25 %	2 %
A/B-preparat tillegg	10	10	15	15	15	19*
Legemiddeldetaljstavgift	0,55 %	0,55 %	0,55 %	0,55 %	0,30 %	0,30 %

\*Med virkning fra 1. juli 2019.

Den gjeldende avansestrukturen gir insentiver i retning av at:

- i. Kronetillegget, og størrelsen på dette, har større betydning for primærapotekenes inntekter enn for sykehusapotekenes, fordi primærapotekene i større grad omsetter legemidler med relative lave priser og høyt salgsvolum.
- ii. Prosenttillegget, og størrelsen på dette, har større betydning for sykehusapotekenes inntekter enn for primærapotekenes, fordi sykehusapotekene i større grad omsetter legemidler med høyere enhetspriser enn primærapotek.
- iii. Kjølewaretillegget, og størrelsen på dette, har større betydning for sykehusapotekenes inntekter enn for primærapotekenes, fordi legemidlene med kjølewaretillegg i stor grad benyttes i sykehus.

### 9.1.1 Omlegging av avansemodellen

Avansemodellen gjennomgikk en strukturell endring fra 2018. Endringen innebar en større vekt på kronetillegg, og samtidig mindre vekt på prosenttillegg. I tillegg ble det gjennomført en forenkling ved at prosenttillegget ble endret fra to trinn til ett trinn som vist i tabell 58. Endringen ble gjort til fordel for et system som var enklere å administrere, og hvor apoteket i større grad skulle belønnes for sitt arbeid med utlevering av legemidler, uavhengig av legemiddelets pris. Et annet formål ved omleggingen av apotekavansen var å gjøre ordningen rimeligere for staten.

DMP har innhentet beregninger fra Apotekforeningen hvor det simuleres hvor stor apotekavansen ville vært, dersom omleggingen i 2018 ikke hadde blitt gjennomført. Det tas utgangspunkt i salg av legemidler med MT til human bruk, og til legemidler på godkjeningsfritak og utenlandske pakninger uten MT i 2023. Det beregnes en gjennomsnittlig AUP per varenummer som fratrekkes merverdi og apotekavanse, det vil si en beregningsteknisk AIP. Denne størrelsen benyttes til å beregne samlet apotekavanse med henholdsvis 2017- og 2023-satser og -struktur.

Tabell 58 viser at omleggingen av avansestrukturen fra 2018 har medført en lavere avanse for apotekene, tilsvarende et inntektsbortfall på 130 millioner kroner. Endringen i avansestrukturen har gitt lavere avanse for apotekene og samtidig medført en innsparing for staten i form av lavere kostnader på blåresept og til sykehus.

**Tabell 59: Simulert apotekavanse ekskl. mva. (i mill. kr), med 2023-salg og 2017-satser.**

	Primærapotek	Sykehusapotek	Totalsum
<b>1.1. Reseptpliktige legemidler med MT</b>	56	7	63
<b>1.2. Reseptpliktige legemidler spesielt godkjenningsfritak</b>	58	9	67
<b>Samlet reduksjon i apotekenes inntekter</b>	<b>114</b>	<b>15</b>	<b>130</b>

Kilde: Apotekforeningen.

Inntektsbortfallet for apotekene samlet, har vært større for primærapotek enn for sykehusapotek. Siden antallet sykehusapotek er langt lavere enn antall primærapotek, 34 av i alt 1051 apotek er sykehusapotek, har omleggingen hatt større økonomisk virkning for det enkelte sykehusapotek enn for det enkelte primærapotek. Dette gjelder både for legemidler til human bruk med MT, og for legemidler på godkjenningsfritak.

## 9.2 Samlet omsetning i apotek 2020-2023

Tabell 60 er utarbeidet av Apotekforeningen. Tabellen viser total omsetning i apotek i perioden 2020 til 2023. Omsetningen vises i faste 2023-kroner.

**Tabell 60: Apotekenes totale omsetning i perioden 2020-2023.**

Total omsetning for alle apotek i faste 2023-kroner					
År	Omset. i mill.kr	Avanse i mill.kr	Ant. mill. pakninger	AUP per pakning	Avanse per pakning
<b>2020</b>	46 509	9 069	183,2	253,85	49,50
<b>2021</b>	48 611	9 268	179,6	270,60	51,59
<b>2022</b>	48 254	9 003	180,4	267,51	49,91
<b>2023</b>	49 748	9 205	188,1	264,45	48,93
<b>Årlig vekst</b>	2,3 %	0,5 %	0,9 %	1,4 %	-0,4 %
<b>Vekst i perioden</b>	7,0 %	1,5 %	2,7 %	4,2 %	-1,1 %

Kilde: Apotekenes avanse 2020-2023 (tabell 5), Apotekforeningen.

Tabellen viser utvikling i totalomsetning, avanse og salg av antall pakninger i apoteksektoren siden 2020. Tallene omfatter alt salg fra apotek, både reseptpliktige og reseptfrie legemidler, handelsvarer og tjenester.

I perioden har årlig vekst i apotekenes samlede omsetning økt med 2,3 % i gjennomsnitt, og den samlede veksten fra 2020 til 2023 var på 7 %. Avansen i samme tidsperiode viser en svakere utvikling, og har til sammenligning vært på 0,5 % årlig. Dersom man ser på avanse per pakning, har den årlige veksten vært negativ, -0,4 %.

## 9.2.1 Utvikling i avanseregulert legemiddelsalg

Tabell 61 viser omsetningsvekst, utviklingen i avanse og antall pakninger, for avanseregulert legemiddelsalg 2020-2023.

**Tabell 61: Apotekenes totale avanseregulerte legemiddelsalg i perioden 2020-2023.**

Totalt avanseregulert legemiddelsalg for alle apotek i faste 2023-kroner					
År	Omset. i mill.kr	Avanse i mill.kr	Ant. mill. pakninger	AUP per pakning	Avanse per pakning
2020	30 824	3 603	61,2	503,52	58,86
2021	32 615	3 709	63,1	517,22	58,82
2022	32 746	3 639	65,3	501,58	55,74
2023	34 258	3 849	68,1	503,41	56,56
<b>Årlig vekst</b>	3,6 %	2,2 %	3,6 %	0,0 %	-1,3 %
<b>Vekst i perioden</b>	11,1 %	6,8 %	11,2 %	0,0 %	-3,9 %

Kilde: Apotekenes avanse 2020-2023 (tabell 6), Apotekforeningen.

I perioden steg det avanseregulerte legemiddelsalget mer enn samlet salg. En forklaring kan være at apotekene møter sterkere konkurranse fra blant annet dagligvarekjeder og nettapotek, både for handelsvarer og reseptfrie legemidler. Dette kan derfor ha bidratt til prispress på en del av varesortimentet. Tabellen viser også at apotekenes avanse per ekspedert legemiddelpakning har gått noe ned i perioden, og at avansereduksjonen per pakning har vært større for avanseregulerte legemidler enn for samlet salg, jf. tabell 60. Det har vært en betydelig volumvekst i perioden på 11,1 %, noe som er høyere enn samlet økning i avanse på legemiddelsalget på 6,8 %. Økt salgsvolum har sørget for at apotekenes årlige avanse i perioden har vært positiv, med en avansevekst på 2,2 %.

Ut fra tabell 60 og 61 kan vi se hvor stor andel av den samlede omsetningen i apotekene som gjelder legemidler og andre varer. I 2023 utgjorde den avanseregulerte legemiddelomsetningen nær 69 % av totalt salg, mens legemiddelavansen sto for om lag 42 % av den samlede avansen. Avanseregulerte legemidler målt i totalt utleverte pakninger utgjorde 36 % av samlede antall pakninger solgt i apotek.

Det kan innvendes at andelen av den regulerte avansen er lav sammenlignet med apotekenes omsetning av reseptpliktige legemidler, som står for en stor del av apotekets omsetning. Dette skyldes at prisen på legemidler med regulert avanse, gjennomgående er høyere enn for annet salg fra apotek.

Det forventes noe mer arbeid med legemiddelekspedisjoner. Myndighetene vurderer imidlertid at det ikke kan være en direkte sammenheng mellom avanse og omsetning, da prisnivåene i ulike varekategorier er svært forskjellige.

## 9.2.2 Utvikling i apotekenes viktigste kostnader

Tabell 62 viser utviklingen i noen av apotekenes viktigste kostnader siden forrige evaluering av apotekavansen. Oversikten er totale kostnader for alle apotek med fullt driftsår uavhengig av apotekform. Kostnadene er innhentet fra apotekregnskapene og er i dette kapittelet omregnet til faste 2023-kroner. I kapittel 2.2-2.4 er regnskapene oppgitt i nominelle kroner. Det fremgår at den sterkeste veksten har skjedd innenfor kostnader til lokaler og andre driftskostnader. Andre driftskostnader omfatter blant annet IT-utgifter. Den største kostnadsposten er personalkostnader som har hatt en relativt beskjeden vekst, målt i faste 2023-kroner, til tross for at antall apotek økte med 3,5 % og antall årsverk i apotek har økt med 5 %. Samlede driftskostnader økte i gjennomsnitt med 2,3 % per år fra 2020 til 2023.

**Tabell 62: Totale kostnader for apotek med fullt driftsår i faste 2023-kroner (i tusen kr).**

	2020	2021	2022	2023	Endring i perioden
Sum personalkostnader	4 969 531	5 065 629	4 993 558	5 045 280	1,5 %
Sum kostnader til lokaler	973 709	974 775	1 000 226	1 186 578	21,9 %
Sum andre driftskostnader	1 756 112	1 969 563	1 950 394	2 138 565	21,8 %
Sum driftskostnader ekskl. vareforbruk	8 041 707	8 298 584	8 204 931	8 605 913	7,0 %
Antall apotek med fullt driftsår	951	969	986	984	3,5 %

Kilde: DMPs apotekstatistikk og SSB.

Tabell 63 viser gjennomsnittlige kostnader per apotek i perioden, fordelt på personalkostnader, kostnader til lokaler, andre driftskostnader og samlede driftskostnader. Oversikten er gjennomsnittlige kostnader per apotek inkludert alle apotekformer. Ikke uventet ser vi i stor grad de samme trendene som for apotekene samlet. Målt i faste 2023-kroner har gjennomsnittlige personalkostnader per apotek gått ned med 1,9 % siden 2020, mot en samlet økning i personalkostnadene for alle apotek på 1,5 %. Forskjellen skyldes at det er etablert 33 nye apotek i perioden. Det samme gjelder den noe lavere veksten i kostnader til lokaler og driftskostnader per apotek, enn for apotek samlet.

**Tabell 63: Gjennomsnittlige kostnader per apotek i faste 2023-kroner (i tusen kr).**

	2020	2021	2022	2023	Endring i perioden
Sum personalkostnader	5 226	5 228	5 064	5 127	-1,9 %
Sum kostnader til lokaler	1 024	1 006	1 014	1 206	17,8 %
Sum andre driftskostnader	1 847	2 033	1 978	2 173	17,7 %
Sum driftskostnader ekskl. vareforbruk	8 456	8 564	8 321	8 746	3,4 %

Kilde: DMPs apotekstatistikk og SSB.

Tabell 64–68 viser gjennomsnittlige kostnader i 2023-kroner per apotek og oppdelt i ulike apotekformer. Det er store variasjoner i kostnadsstørrelse og i gjennomsnittlig kostnadsutvikling per apotek både innenfor apotekformene og mellom de ulike apotekformene. Tabellene er ikke ytterligere kommentert, men gir en indikasjon på utviklingen.

**Tabell 64: Gjennomsnittlige kostnader per heleide kjedeapotek i faste 2023-kroner (i tusen kr).**

	2020	2021	2022	2023	Endring i perioden
Sum personalkostnader	5 397	5 425	5 304	5 363	-0,6 %
Sum lokalkostnader	1 115	1 107	1 112	1 328	19,1 %
Sum andre driftskostnader	1 743	2 003	1 883	2 145	23,1 %
Sum driftskostnader ekskl. vareforbruk	8 630	8 850	8 573	9 089	5,3 %
Antall apotek	794	793	801	801	0,9 %

Kilde: DMPs apotekstatistikk og SSB.



**Tabell 65: Gjennomsnittlige kostnader per kjedetilknyttede apotek i faste 2023-kroner (i tusen kr).**

	2020	2021	2022	2023	Endring i perioden
Sum personalkostnader	3 260	3 179	3 226	3 284	0,8 %
Sum lokalkostnader	533	516	556	598	12,2 %
Sum andre driftskostnader	617	642	693	679	10,0 %
Sum driftskostnader ekskl. vareforbruk	4 548	4 463	4 635	4 685	3,0 %
Antall apotek	121	141	152	147	21,5 %

Kilde: DMPs apotekstatistikk og SSB.

**Tabell 66: Gjennomsnittlige kostnader per frittstående apotek i faste 2023-kroner (i tusen kr).**

	2020	2021	2022	2023	Endring i perioden
Sum personalkostnader	2 673	2 869	2 786	2 826	5,7 %
Sum lokalkostnader	411	444	522	508	23,4 %
Sum andre driftskostnader	696	722	618	564	-18,9 %
Sum driftskostnader ekskl. vareforbruk	3 873	4 129	4 010	3 965	2,4 %
Antall apotek	21	21	23	24	14,3 %

Kilde: DMPs apotekstatistikk og SSB.

**Tabell 67: Gjennomsnittlige kostnader per sykehusapotek i faste 2023-kroner (i tusen kr).**

	2020	2021	2022	2023	Endring i perioden
Sum personalkostnader	34 850	36 388	36 128	37 958	8,9 %
Sum lokalkostnader	2 666	2 725	2 873	3 072	15,3 %
Sum andre driftskostnader	8 976	9 565	10 659	11 965	33,3 %
Sum driftskostnader ekskl. vareforbruk	47 866	49 915	50 944	54 102	13,0 %
Antall apotek	32	32	33	33	3,1 %

Kilde: DMPs apotekstatistikk og SSB.

**Tabell 68: Gjennomsnittlige kostnader per nettapotek i faste 2023-kroner (i tusen kr).**

	2020	2021	2022	2023	Endring i perioden
Sum personalkostnader	15 595	18 252	19 057	16 566	6,2 %
Sum lokalkostnader	1 026	1 060	1 283	1 918	86,9 %
Sum andre driftskostnader	18 879	19 677	32 246	25 597	35,6 %
Sum driftskostnader ekskl. vareforbruk	37 168	40 348	54 095	45 121	21,4 %
Antall apotek	15	14	10	12	-20,0 %

Kilde: DMPs apotekstatistikk og SSB.

### 9.2.3 Utvikling i driftsinntekter og driftskostnader etter apotekform

Regnskapene DMP mottar fra apotekene, skiller mellom apotek etter eierform og mellom fysiske apotek og nettapotek. Tabellene 69 - 73 viser uttrekk fra regnskapene over samlede driftsinntekter, driftskostnader (inkludert varekostnader) og samlet overskudd etter apotekform i perioden 2020-2023; alle tall oppgitt i 2023-kroner. Oversiktene viser at de heleide kjedeapotekene samlet sett har hatt størst overskudd i perioden. Imidlertid er overskuddene nesten halvert i 2023 sammenlignet med 2020.

Inntektene til de heleide kjedeapotekene har økt, men driftskostnadene har steget mer, jf. tabell 69. Vi understreker at det kan være stor variasjon innad i gruppen, og at relativt mange heleide kjedeapotek går med underskudd.

**Tabell 69: Heleide kjedeapotek med fullt driftsår i faste 2023-kroner (i tusen kr).**

	2020	2021	2022	2023	Endring i perioden
<b>Sum driftsinntekter</b>	25 535 819	26 284 108	26 371 116	27 124 976	6,2 %
<b>Sum driftskostnader</b>	24 750 195	25 637 487	25 708 273	26 708 224	7,9 %
<b>Sum apotekenes overskudd</b>	744 277	627 476	645 648	379 463	-49,0 %
<b>Antall apotek</b>	794	793	801	801	0,9 %

Kilde: DMP.

Bildet for kjedetilknyttede apotek viser en litt annerledes utvikling ved at overskuddet i denne apotekformen har bedret seg med en samlet vekst på 45% i perioden, jf. tabell 70.

**Tabell 70: Kjedetilknyttede apotek med fullt driftsår i faste 2023-kroner (i tusen kr).**

	2020	2021	2022	2023	Endring i perioden
<b>Sum driftsinntekter</b>	2 319 815	2 767 737	3 008 809	3 169 572	36,6 %
<b>Sum driftskostnader</b>	2 224 319	2 660 925	2 922 150	3 024 875	36,0 %
<b>Sum apotekenes overskudd</b>	97 994	106 988	84 595	142 139	45,0 %
<b>Antall apotek</b>	121	141	152	147	21,5 %

Kilde: DMP.

For frittstående apotek uten kjedetilknytning har samlet overskudd i prosent blitt redusert med 7,2%, men endringen målt i faste 2023-kroner er beskjeden (jf. tabell 71). Overskudd omregnet til gjennomsnitt overskudd per apotek for frittstående apotek er høyere enn for de heleide kjedeapotekene, og noe lavere enn for de kjedetilknyttede apotekene.

**Tabell 71: Frittstående apotek med fullt driftsår i faste 2023-kroner (i tusen kr).**

	2020	2021	2022	2023	Endring i perioden
<b>Sum driftsinntekter</b>	367 524	420 069	424 565	439 249	19,5 %
<b>Sum driftskostnader</b>	346 398	394 293	402 964	419 182	21,0 %
<b>Sum apotekenes overskudd</b>	21 112	25 753	21 328	19 599	-7,2 %
<b>Antall apotek</b>	21	21	23	24	14,3 %

Kilde: DMP.

Vi ser fra tabell 72 at nettapotekenes driftsinntekter var omtrent på samme nivå i 2020 som i 2023, målt i faste 2023-kroner. Nettapotek har redusert sine driftskostnader i perioden, noe som har bidratt til lavere driftsunderskudd. Tallene samlet viser at det likevel fortsatt er krevende å oppnå lønnsomhet for nettapotekene.

**Tabell 72: Nettapotek med fullt driftsår i faste 2023-kroner (i tusen kr).**

	2020	2021	2022	2023	Endring i perioden
Sum driftsinntekter	1 763 990	1 804 355	1 543 882	1 752 340	-0,7 %
Sum driftskostnader	2 017 685	2 061 234	1 682 370	1 827 159	-9,4 %
Sum apotekenes overskudd	-257 301	-258 117	-142 276	-80 739	68,6 %
Antall apotek	15	14	10	12	-20,0 %

Kilde: DMP.

Sykehusapotekene har hatt relativt stabile driftsinntekter og driftskostnader i faste 2023-kroner, jf. tabell 73. Sykehusapotekenes samlede overskudd gikk markert ned i 2023

**Tabell 73: Sykehusapotek med fullt driftsår i faste 2023-kroner (i tusen kr).**

	2020	2021	2022	2023	Endring i perioden
Sum driftsinntekter	8 213 893	8 596 958	8 654 606	8 694 575	5,9 %
Sum driftskostnader	8 159 126	8 477 588	8 564 044	8 688 496	6,5 %
Sum apotekenes overskudd	59 168	120 948	98 386	19 088	-67,7 %
Antall apotek	32	32	33	33	3,1 %

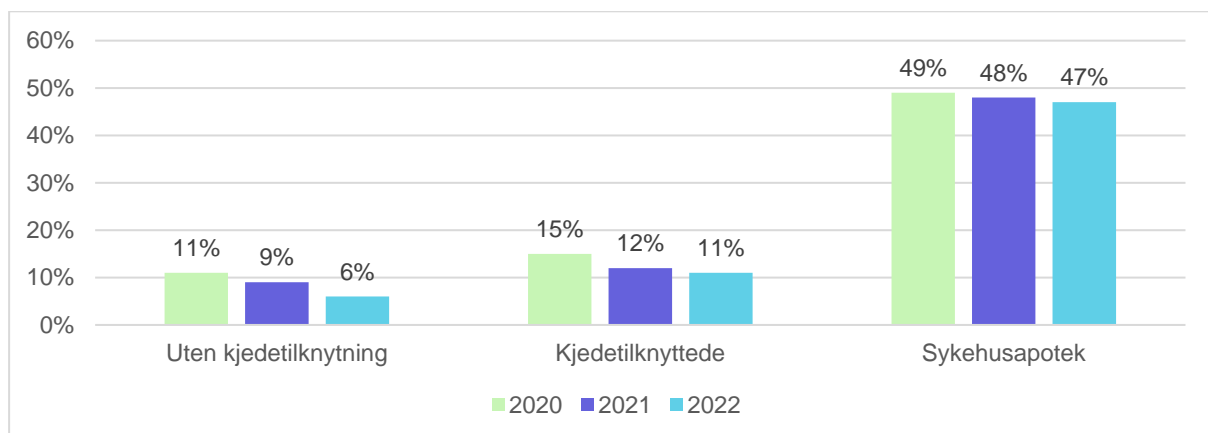
Kilde: DMP.

## 9.2.4 Soliditet og driftsmargin etter apotekform

Apotekforeningen har gjennomført en analyse av nøkkeltall i rapporten *Apotekenes avanse 2020-2023*. Med denne analysen som utgangspunkt, vurderer vi soliditet og driftsmargin for ulike apotekformer.

### Soliditet

Soliditet uttrykker en virksomhets evne til å tåle tap. Apotek med høy egenkapitalprosent, har god soliditet, mens apotek med lav soliditet er i en dårligere posisjon til å tåle underskudd. God rentabilitet, bidrar til god soliditet. Soliditeten til norske apotek varierer. Samtidig ser vi fra figur 14 at det kan være stor variasjon mellom ulike apotekformer.

**Figur 14: Soliditet for ulike apotekformer i perioden 2020-2022.**

Kilde: Apotekforeningens avanserapport 2020-2022 (figur 3).

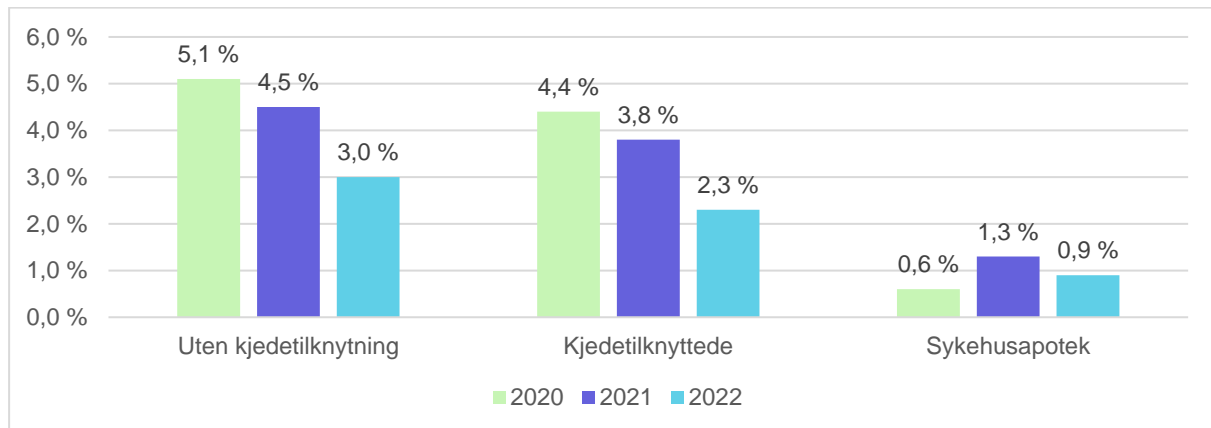
Soliditeten i sykehusapotekene er god. Dette skyldes i hovedsak at de eies av helseforetakene som har en høy egenkapitalandel. Bildet er annerledes for apotek uten kjedetilknypning og kjedetilknypnede

apotek. For disse apotekformene har soliditeten vært nedadgående i perioden, hvor de frittstående apotekene som er helt uten kjedetilknypning, står dårligst rustet for underskudd på driften.

### Driftsmargin

Driftsmargin beregnes som forholdet mellom driftsresultat og omsetning. Driftsmarginen er en indikator på lønnsomhet, og viser hvor mye apoteket får igjen for hver omsatt krone før renter og skatt. En høy driftsmargin innebærer god lønnsomhet.

**Figur 15: Driftsmargin for ulike apotekformer i perioden 2020-2022.**



Kilde: Apotekforeningens avanserapport 2020-2022 (figur 4).

Figur 15 viser at driftsmarginen er betydelig lavere i sykehusapotek, enn i apotek med og uten kjedetilknypning. Driftsmarginen var under 1 % for sykehusapotekene i 2020 og 2022. Apotek uten kjedetilknypning hadde høyest driftsmargin, men den må likevel karakteriseres som beskjeden.

Apotekforeningen påpeker at en del av forklaringen til at apotek uten kjedetilknypning hadde høyere driftsmargin sammenlignet med de andre apotekformene, er at eiere som selv er ansatt i apoteket, kan velge å ta ut lav lønn og heller ta utbytte fra selskapet. Siden utbytte ikke regnes som en driftskostnad, bidrar dette til å øke driftsmarginen. Slik kan driftsmarginene i frittstående apotek øke uten at apotekene nødvendigvis er mer lønnsomme.

## 9.3 Samlet vurdering av apotekavansen og virkninger av eventuelle endringer

Innledningsvis i dette kapitlet ble formålet med apotekavansen beskrevet. Apotekavansen skal dekke apotekets kostnader i forbindelse med lovpålagte oppgaver og plikter knyttet til resept- og varehåndtering, slik dette er utdypet i relevante juridiske og administrative kilder.

Apotekavansen må ses i sammenheng med apotekpolitiske mål om apotekdekning, etablering og faglige forventninger til apotek, i tillegg til regnskapstall, statistikk og kostnadsutvikling for sektoren. Det er derfor nødvendig å avveie flere aspekter samtidig, for å finne en tilfredsstillende innretning på apotekavansen.

Nedenfor går vi kort inn på noen av disse momentene i kapittel 9.3.1 til 9.3.4, før vi vurderer mulige endringer i apotekavansen i kapittel 9.3.5.

### 9.3.1 Apotekdekning og faglig forsvarlighet

Etter flere år med sterk etableringstakt av apotek i sentrale strøk, har det nå vært en utflating i antall apotek, jf. kapittel 2.6.1. Et relativt stort antall apotek i sentrale strøk drives med underskudd, noe som

kan indikere at apotekmarkedet i disse områdene er mettet. En overetablering kan føre til svakere apotek - både faglig og økonomisk. Dette skyldes at flere apotek i et avgrenset geografisk område deler på samme markeds- og inntektsgrunnlag, og til en viss grad konkurrerer om de samme farmasøytene. Det er nærliggende å tro at vertikal integrasjon mellom apotekkjeder og grossister, er en medvirkende årsak til denne utviklingen. Dette følger av at grossistenes inntjening kan mer enn oppveie for tap hos apotek i samme kjede. Myndighetene ser derfor ikke et behov for ytterligere etablering av apotek i sentrale strøk

Selv om det faglige nivået i norske apotek gjennomgående er godt, viser også DMPs apotekundersøkelse at flere apotek har for lav bemanning i forhold til antall kunder. Antall resepthåndteringer kan derfor i en del tilfeller fremstå som uforsvarlig høyt med tanke på farmasøytbemanningen. Dette kan føre til at det blant annet ikke blir avsatt tilstrekkelig tid til veiledning av kunder, og dermed begrense kvaliteten på de apotekfaglige tjenestene.

I kapittel 2.7 har vi redegjort for mulige tiltak for å styrke bemanning og apotekfaglig utvikling gjennom en bemanningsnorm, samt konkretisering og styrking av krav til markeds- og inntektsgrunnlag for fremtidige apoteketableringer i sentrale strøk. Formålet med tiltakene er å unngå en utvikling i retning av små apotek med svak økonomi og for lav bemanning. Oppnås dette, kan det føre til noen færre, men sterkere apotek. DMP vurderer at store økninger i apotekavansen vil være lite hensiktsmessig for å oppnå en slik styrking av apotekene, og endatil virke mot sin hensikt ved å gi insentiver til etablering av nye apotek på steder hvor apotekdekningen allerede er god. Samtidig anser DMP det som viktig at rammevilkårene gir rom for god apotekdekning i mindre sentrale strøk.

### 9.3.2 Pris- og kostnadsutvikling

I dette kapitlet har vi så langt beskrevet den økonomiske utviklingen i faste 2023-kroner.

Dersom man legger utvikling i nominelle kroner til grunn, har apotekene opplevd en betydelig pris- og kostnadsvekst siden 2020. Dette er nærmere beskrevet i kapittel 2.2-2.3. Høy inflasjon og en stadig svakere kronekurs mot euro (og andre valutaer), har vært kostnadsdrivende faktorer for apotekene i årene under og etter koronapandemien. Svakere kronekurs fører på den annen side til økte maksimalpriser på reseptpliktige legemidler, som igjen gir høyere apotekavanse. Det har også vært en betydelig kostnadsvekst i nominelle kroner knyttet til personell og leie av lokaler.<sup>40</sup> Dette har innvirket negativt på apotekenes driftsresultat. Samtidig har det vært en stor vekst i apotekenes inntekter i perioden 2020-2023 målt i nominelle kroner (se kapittel 2.4).

DMP forventer imidlertid at pris- og kostnadsveksten i perioden 2020 - 2023, vil avta videre fra 2024. I det lange løp forventes inflasjonen å være nær inflasjonsmålet til Norges Bank på 2 %. Utviklingen i kronekursen, den andre underliggende kostnadsfaktoren, er det i mindre grad mulig å forutsi.

### 9.3.3 Økt ressursbruk

Apotekene har håndtert et økende antall legemiddelmangler de siste årene. Basert på tallene fra tabell 51, har antall anbrudd økt med 73 % fra 2021 til 2023. Dette medfører merarbeid for apotekene som de ikke blir kompensert direkte for. DMP vurderer imidlertid at håndtering av enkle legemiddelmangelsituasjoner, må anses å inngå i apotekets ordinære arbeid. Samtidig har oppfølgingen av EUs forfalskningsdirektiv (FMD) som ble innført i 2019, krevd økt ressursbruk i apotekene. Ekstra ressursbruk knyttet til legemiddelmangel og forfalskningsdirektivet kan eventuelt hensyntas i justering av det generelle kronetillegget.

<sup>40</sup> Jf. for eksempel tabell 2.

### 9.3.4 Apotekenes inntekter fra handelsvarer

Handelsvarer utgjorde 28,5 % og 3,9 % av omsetningen, for henholdsvis primærapotek og sykehusapotek i 2023.<sup>41</sup> Handelsvarer er dermed en viktig inntektskilde. Imidlertid møter apotekene stadig sterkere konkurranse fra andre utsalgsteder og netthandler på salget av handelsvarer. Dette bidrar til tiltakende press på prisene med tilhørende lavere marginer.

Det er ikke usannsynlig at apotekenes andel av salget på handelsvarer vil avta i fremtiden. I Sverige ble for eksempel andelen handelsvarer solgt fra fysiske apotek, redusert med 30 prosentpoeng i perioden 2016 til 2022.<sup>42</sup> Tall fra Apotekforeningen viser at det har vært en nedgang i apotekenes omsetning av handelsvarer i perioden 2020-2023.<sup>43</sup> En stor del av denne nedgangen i omsetningen kan riktignok tilskrives en betydelig reduksjon i salget av noen produkter som det var stor etterspørsel på under pandemien (munnbind, håndsprit etc.).

### 9.3.5 Endring av apotekavansen

DMP ser at apotekene i årene fra 2020 blant annet har opplevd en betydelig kostnadsvekst målt i nominelle kroner, og at lønnsomhetsutviklingen er negativ for flere apotek. Samtidig har apotekavansen, med dagens avansemodell, økt med om lag 6,8 % (jf. tabell 61), i faste 2023-kroner. DMP legger til grunn at det kan være behov for en moderat økning i apotekavansen.

Dersom apotekavansen skal økes, har DMP vurdert at det prosentvise påslaget i apotekavansen ikke bør endres, men at det vil være mest hensiktsmessig å gjøre en endring gjennom i) en økning i kronetillegget per pakning, og ii) en økning i kjølevaretillegget.

i) En økning i kronetillegget per pakning er knyttet til:

- En delvis kompensasjon for økte kostnader.
- Merarbeid i forbindelse med mangelsituasjoner og forfalskningsdirektivet.
- En delvis kompensasjon for DMPs forslag om å redusere den prosentvise apotekavansen for legemidler uten MT, da dette i dag utgjør en del av apotekenes inntekter, slik det er beskrevet i rapportens kapittel 5.4.1.

ii) En økning i kjølevaretillegget er knyttet til:

- Kompensere for kostnader til oppbevaring og håndtering av kjølevarer i alle landets apotek.
- Bidra til å øke apotekenes insentiver med å sikre kjølekjeden.
- Stimulere nettapotek til å styrke forsendelser av kjølevarer.

I statsbudsjettet for 2025 er det foreslått at legemiddeldetaljistavgiften reduseres fra 0,3 % til 0,25 %, Dette vil redusere apotekenes utgifter, jf. kapittel 2.11.

### 9.3.6 Nærmere konkretisering av forslag til endring og omfordeling i apotekenes inntektsgrunnlag

DMP viser til redegjørelse og drøftinger i foregående kapitler som berører apotekenes inntektsgrunnlag gjennom apotekavanse, arbeidspriser og utvidete oppgaver. DMP foreslår nedenfor endringer og omfordeling i apotekenes avanse på følgende områder; i) avansemodell for legemidler med MT, ii) avansemodell for legemidler uten MT, og iii) endring i arbeidspriser.

<sup>41</sup> Jf. Tabell 11 og 12 i kapittel 2, basert på innrapporterte regnskapstall.

<sup>42</sup> 2023 års oppfølging av apoteksmarkedens utveckling, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, september 2023.

<sup>43</sup> Apotekenes avanse 2020-2023, Apotekforeningen.

**i) Avansemodell for legemidler med MT**

- DMP foreslår en moderat økning i kronetillegget per pakning for legemidler med MT. Effekten av en endring i kronetillegget er illustrert i tabell 74 og 75.
- DMP mener at endring i kronetillegget for A- og B-preparater må ses i sammenheng med eventuelle endringer i kronetillegget
- DMP foreslår en økning av størrelsen på kjølevaretillegget. Effekt av endring i kjølevaretillegget er illustrert i tabell 74 og 75.

**ii) Avansemodell for legemidler uten MT (kapittel 5.4)**

- DMP foreslår redusert avanse for legemidler uten MT, hvor det innføres to modeller:
  - Modell A: For utenlandske pakninger hvor DMP har godkjent legemidlene for bruk i Norge, foreslår vi følgende modell: faktisk AIP + 2 % + 75 kr
  - Modell B: For legemidler som krever søknad om godkjenningssfritak fra forskriver, foreslår vi følgende modell: faktisk AIP + 10 % + 75 kr
- DMP foreslår å innføre kjølevaretillegg for legemidler på godkjenningssfritak og utenlandske pakninger uten MT, slik at alle legemidler som krever kald oppbevaring får et kjølevaretillegg i avansen.

**iii) Endring i arbeidspriser**

- Enkel istandgjøring: DMP har beregnet ny arbeidspris basert på oppdaterte lønnskostnader og pris på sterilt vann (kapittel 6.1). DMP foreslår å øke arbeidsprisen for enkel istandgjøring fra 53 kroner til 61 kroner.
- Anbrudd: DMP foreslår å beholde en arbeidspris på 40 kroner, men ønsker samtidig å presisere hvordan anbrudd av legemidler uten MT skal beregnes (kapittel 6.2.1).

**9.3.7 Effekten av endret krone- og kjølevaretillegg i avansemodellen**

DMP har så langt ikke tallfestet hvor mye apotekavansen bør økes. Det er imidlertid utviklet modeller som beskriver hvor stor virkning en økning i kronetillegget og kjølevaretillegget vil ha for apotekenes inntekter, og hvem som finansierer dette. Tabell 74 viser en simulering som tallfester hvilken endring i økte utgifter ulike aktører vil få med en økning av kronetillegget på 1 krone, og en økning av kjølevaretillegget på 0,5 prosentpoeng.

**Tabell 74: Simulering av avanseendringer basert på salgstall fra 2023 (i mill. kr).**

	Kronetillegg	Kjølevaretillegg
<b>Fordeling/Økning</b>	Økning på 1 krone	Fra 0,5 % til 1 %
<b>Folketrygd</b>	38,4	13,9
<b>Pasient</b>	20,6	5,2
<b>Sykehus</b>	5,6	24,7
<b>Andre</b>	2,0	0,6
<b>Sum</b>	<b>66,5</b>	<b>44,3</b>

Kilde: Modell utviklet av Apotekforeningen.

Tabell 75 viser hvor mye avansen endrer seg med en økning i kronetillegget på 1 krone og en økning i kjølevaretillegget på 0,5 prosentpoeng, for henholdsvis primærapotek og sykehusapotek. Vi ser fra tabellen at en endring i kronetillegget med 1 krone øker avansen til sykehusapotekene drøyt tre ganger mer per apotek, sammenlignet med primærapotekene. Dette skyldes at sykehusapotek selger mer kjølevarer enn primærapotek. En økning i kjølevaretillegget med 0,5 prosentpoeng vil gi en vesentlig økning i sykehusapotekenes inntekter, og bidra til en mer bærekraftig økonomi for denne apotekformen.

**Tabell 75: Avanseendring basert på salgstall fra 2023.**

	Kronetillegg: 1 krone til 30 kroner (i mill. kr)	Endring per apotek (hele tall)	Kjølevare: 0,5 til 1 % (i mill. kr)	Endring per apotek (hele tall)	Antall apotek
Primærapotek	60,3	59 293	26,3	25 907	1017
Sykehusapotek	6,2	183 351	18,0	528 804	34
<b>Sum</b>	<b>66,5</b>	<b>242 644</b>	<b>44,3</b>	<b>554 711</b>	<b>1051</b>

Kilde: Modell utviklet av Apotekforeningen.

Avansemodellen for legemidler på godkjenningfritak og utenlandske pakninger uten MT har ikke kjølevaretillegg per i dag. I tabell 76 vises effekten på avansen for primærapotek og sykehusapotek, av å innføre et kjølevaretillegg på 1 % for legemidler uten MT. Totalt vil kjølevaretillegget på disse legemidlene øke avansen med 5,7 millioner kroner. Økningen i avanse tilfaller i hovedsak primærapotekene.

**Tabell 76: Avanseendring ved innføring av 1 % kjølevaretillegg for legemidler uten MT.**

	Kjølevaretillegg 1 % (i mill. kr)	Endring per apotek (i kr)
Primærapotek	5,70	5 608
Sykehusapotek	0,01	211
<b>Sum</b>	<b>5,71</b>	<b>5 819</b>

Kilde: Modell utviklet av Apotekforeningen.

I tabell 77 vises flere ulike scenarier på konsekvenser av endringer av apotekavansen for legemidler med MT gjennom endringer i kronetillegg, kjølevaretillegg og A/B-tillegget, basert på 2023-salg. Beregningen er ikke uttrykk for en tilrådning fra DMP, men gir en illustrasjon av budsjettvirkninger ved ulike scenarier.

I 2023 hadde apotekene en samlet avanse fra alt avanseregulert legemiddelsalg på 3,8 milliarder kroner (jf. tabell 61). Endringer angitt i de ulike scenariene under må ses i sammenheng med den totale avansestørrelsen.

Endring i arbeidspris for enkel istandgjøring fra 53 kroner til 61 kroner vil øke apotekavansen med 1,7 millioner kroner slik det er vist i kapittel 6.1.

For reseptpliktige legemidler med MT viser tabell 77 effekten av de ulike avanseendringene fordelt på folketrygd, pasient, sykehus og andre.

**Tabell 77: Konsekvenser av endringer i avansemodellen for legemidler med MT (i mill. kr).**

	Endring i kronetillegget			Endring i kjølevaretillegget			Endring i A/B-tillegget		
	1 krone	2 kroner	3 kroner	0,6 %	0,8 %	1,0 %	1 krone	2 kroner	3 kroner
Folketrygden	38,4	76,7	115,1	2,8	8,3	13,9	2,0	4,0	6,0
Pasient	20,6	41,2	61,8	1,0	3,1	5,2	5,1	10,1	15,2
Sykehus	5,6	11,2	16,8	4,9	14,8	24,7	0,5	1,0	1,6
Andre	2,0	4,0	6,0	0,1	0,3	0,6	0,4	0,8	1,2
<b>Totalt beløp</b>	<b>66,5</b>	<b>133,1</b>	<b>199,6</b>	<b>8,9</b>	<b>26,6</b>	<b>44,3</b>	<b>8,0</b>	<b>16,0</b>	<b>24,0</b>

Kilde: Modell utviklet av Apotekforeningen.



De økonomiske konsekvensene av de foreslåtte endringene i avansemodellen for legemidler uten MT er beskrevet i kapittel 5.4.1. Beregningene er basert på faktiske AIP-verdier for 2023. Siden grossistene selv kan sette utsalgspris til apotek for legemidler uten MT, må det tas forbehold om størrelsen på dette anslaget. Det var høyt salg av utenlandske pakninger av Ozempic i 2023, og avanseendringen basert på disse tallene gir et utslag på 66,4 millioner kroner dersom avansen ble endret fra 15 % til 2 %. DMP anslår at salg av utenlandske pakninger i et normalt år vil tilsvare cirka 1/3 av salget i 2023. Basert på et slikt grovt anslag vil avanseendringen fra 15 % til 2 % for et normalt år, utgjøre cirka 22,1 millioner kroner for utenlandske pakninger.

**Tabell 78: Konsekvenser av endringer i prosenttillegget for legemidler uten MT (i mill. kr).<sup>44</sup>**

	Avanseendring med de nye modellene (i mill. kr)
Endring i avanse for legemidler på godkjenningfritak (fra 15 % til 10 %)	-29,6
Endring i avanse for utenlandske pakninger (Ozempic) (fra 15 % til 2 %)	-66,4 (anslag normalt år -22,1 mill. kr)

Kilde: Modell utviklet av Oslo Economics

I tabell 79 er den samlede virkningen av avanseendring for legemidler uten MT (godkjenningfritak og utenlandske pakninger) fordelt på folketrygd, pasient, sykehus og andre. I denne oversikten er anslaget på 22,1 millioner kroner benyttet som avanseendring for utenlandske pakninger. Kronetilletget for legemidler uten MT er uendret på 75 kroner og er derfor ikke inkludert i tabellen.

**Tabell 79: Konsekvenser av endringer i avansemodellen for legemidler uten MT (i mill. kr).**

	Endring i prosenttillegget Fra 15 % til hhv. 10 % og 2 %*	Endring i kjølevaretillegget			Endring i A/B-tillegget		
		0,60 %	0,80 %	1,00 %	1 krone	2 kroner	3 kroner
Folketrygden	-36,21	0,35	0,47	0,59	0,03	0,06	0,10
Pasient	-5,25	0,04	0,06	0,07	0,03	0,07	0,10
Sykehus	-7,60	0,31	0,42	0,52	0,01	0,03	0,04
Andre	-0,80	0,03	0,04	0,05	-	0,01	0,01
<b>Totalt beløp</b>	<b>-49,86</b>	<b>0,74</b>	<b>0,99</b>	<b>1,24</b>	<b>0,08</b>	<b>0,17</b>	<b>0,25</b>

\*Jf. tabell 78.

Kilde: Modell utviklet av Apotekforeningen

<sup>44</sup> Summen av avanseendring knyttet til endring i prosentpåslag er ulik i tabell 73 og 74. Dette skyldes at ulike modeller og grove anslag er benyttet i beregningene.

## 10. Oversikt over andre forslag i rapporten

DMP viser til redegjørelse og drøftinger i foregående kapitler som omfatter oppdrag fra HOD som ledd i oppfølgingen av NOU 2023:2 Fremtidens apotek (jf. kapittel 1.1). Nedenfor oppsummeres oppdragene og DMPs vurderinger.

### ***Vurdering av driftsstøtteordningen***

DMP vurderer i kapittel 2.12 at det er viktig å videreføre - og om nødvendig styrke, ordningen med driftsstøtte til distriktsapotek for å opprettholde apotekdekningen i lite sentrale områder av landet. Ordningen bør også videreføres for vaktapotek hvor vekten er pålagt fra myndighetene, ved at driftsstøtten dekker eventuelle underskudd for vakt delen.

DMP anbefaler samtidig å skille ut tilskudd til Agilera Pharma fra driftsstøtteordningen for å tydeliggjøre rammene og fordelingen av tilskuddet. Et eventuelt tilskudd til Agilera Pharma bør i så fall utformes som en egen ordning.

### ***Fraktrefusjonsordningen***

DMP anbefaler i kapittel 2.13 at 50 %-ordningen ikke gjeninnføres, men at den nåværende 100 %-ordningen videreføres fordi den er mer målrettet og bedre tilpasset pasientenes behov.

Det foreslås at det økonomiske ansvaret for fraktrefusjonsordningen overføres til helseforetakene, som er bedre rustet til å administrere ordningen på en måte som møter de spesifikke behovene i deres regioner.

### ***Erfaringer med bytte- og trinnprisordningen for biotilsvarende legemidler***

DMP har i kapittel 8.1 oppsummert erfaringer med oppføring på byttelisten og innføring av trinnpriser for biologiske legemidler. Erfaringene er så langt begrenset siden det kun er innført for fire legemidler. To av legemidlene er på 1. kutt, og de to andre har fått skjønnsmessige trinnpriskutt (30 % og 44 %). Byttegraden er varierende. DMP foreslår å høste mer erfaring med trinnpris av biotilsvarende før man eventuelt ser nærmere på endring eller justering av ordningen. DMP peker samtidig på muligheten for å inkludere biotilsvarende legemidler i anbud på blåresept.

### ***Tiltak for å sikre forsyning av antibiotika og andre legemidler med sårbar forsyningssituasjon***

Tiltak for å sikre forsyning av antibiotika og andre legemidler med sårbar forsyningssituasjon er beskrevet i kapittel 8.2. Formålet med prisøkningene på utvalgte antibiotika i oktober 2023, var å bidra til å beholde sårbare pakninger med antibiotika på markedet, og samtidig gi insentiver til at nye produkter blir introdusert. Intensjonen var derfor at prisøkningene i sin helhet skulle tilfalle leverandørene. Tiltaket har fungert tilfredsstillende kun i tilfeller hvor legemidler har én leverandør. I tilfeller med flere leverandører har en betydelig andel av prisøkningene gått til grossistene. Ikke sjelden har hele prisøkningen tilfalt grossistene.

DMP gjennomførte i februar 2024 en prisøkning på utvalgte sårbare trinnprislegemidler med gjennomsnittlig pris lavere enn 200 kroner og en økning av minstetrinnpris AIP til 27 kroner. Basert på innhentet prisinformasjon fra FHI har ikke disse tiltakene fungert etter hensikten, siden store deler av prisøkningen tilfalt grossist- og apotekleddet i stedet for leverandørene.

I kapittel 8.3 beskrives eventuelle andre tiltak som det kan være behov for å benytte for å sikre tilgang på sårbare legemidler i fremtiden. DMP foreslår at det gis hjemmel til å fastsette grossistenes innkjøpspris ved behov. Dette vil i første rekke være aktuelt for legemidler som ellers kan stå i fare for å gå ut av produksjon og dermed føre til uheldige mangelsituasjoner. Et supplerende tiltak kan være å innføre muligheten til å gi pålegg om at grossistene skal etablere avtaler med mer enn en leverandør

der det er flere tilbydere. Videre kan det være aktuelt med nye statlige anskaffelsesmodeller direkte mot leverandør.

***Vurdering av dagens modell med vertikal integrasjon mellom apotek og grossist***

I kapittel 2.5 viser DMP til at det ikke har vært mulig å gå grundig inn i vurderinger av hensiktsmessigheten med vertikalt integrerte apotekkjeder i denne rapporten. Fordeling i omsetningskjeden i de ulike segmentene trinnpris, maksimalpris, legemidler på godkjenningsfritak, H-resept og LAR-legemidler er beskrevet i kapittel 3.

DMP vurderer at dagens modell gjør det mer krevende å sette en apotekavanse som er tilpasset ulike apotekformer, og at den vertikale integrasjonen vanskeliggjør en god oversikt over de samlede økonomiske betingelsene for apotek- og grossistledet. DMP anbefaler derfor at det gjennomføres et prosjekt for å vurdere hensiktsmessigheten av dagens modell med vertikalt integrerte apotekkjeder, med en nærmere kartlegging av endringsbehov og mulighetsrom. Rammene for et slikt prosjekt må eventuelt planlegges og forberedes sammen med aktuelle departementer og etater.

# Vedlegg 1

## Endringer i sentrale lover og forskrifter mv

### Legemiddeloven

- § 6: Fra 01.07.2021 Trinnpris skal også kunne fastsettes basert på konkurranse fra biotilsvarende legemidler, og ikke bare generiske legemidler som tidligere. Dette endrer hvordan trinnprisen beregnes og utvider konkurransespekteret.

Fra 01.07.2021 kan departementet fastsette forskrift om maksimal grossistavanse ved distribusjon av helseforetaksfinansierte legemidler, samt gjennomføringen av slik distribusjon.

- § 14 - Fra 01.07.2024 utvides definisjonen av grossistvirksomhet med legemidler til også å omfatte salg, i tillegg til anskaffelse, oppbevaring, utlevering og eksport, med forbehold om normal apotekvirksomhet. Grossister og andre som driver med grossistvirksomhet må gi departementet elektronisk tilgang til opplysninger om lagerstatus ved risiko for legemiddelmangel i Norge. Dette styrker overvåkingen og sikkerheten vedrørende tilgjengelighet av legemidler.
- § 15 – Fra 01.07.2024 kan grossister fremdeles levere legemidler til profesjonelle sluttbrukere, men den nye teksten gir departementet fullmakt til å fastsette mer detaljerte forskrifter om dette, inkludert definisjonen av "profesjonelle sluttbrukere".
- § 18 a – Fra 25.06.2024 har departementet, ved situasjoner med mulig mangel på legemidler i Norge, fullmakt til å pålegge grossister og foretak involvert i grossistvirksomhet, restriksjoner på salg, utlevering og parallelleksport av legemidler.
- § 28 - Fra 01.07.2024 vil grossister risikere tvangsmulkt dersom de ikke følger § 14 sjette ledd, som pålegger dem å gi elektronisk tilgang til lagerinformasjon ved risiko for legemiddelmangel. Regelverket kan presiseres ytterligere av departementet gjennom forskrift.
- § 28 a - Fra 01.01.2022 kan EFTAs overvåkingsorgan ilegge overtredelsesgebyr og tvangsmulkt for overtredelse av forpliktelser som følger av markedsføringstillatelse utstedt i sentral prosedyre. Videre kan Departementet (delegert videre til Direktoratet for medisinske produkter) ilegge overtredelsesgebyr for brudd på kritiske lovbestemmelser i helsereguleringen, inkludert ulovlig import eller salg av legemidler (§§ 13 og 16), manglende godkjenning av grossistvirksomhet (§ 14), ulovlig reklame for legemidler (§ 19 til § 21), og unnlattelse av å rapportere påkrevd informasjon (§ 23 femte ledd).

Fra 16.09.2022 ble dette utvidet til å også inkludere overtredelser av enkelte artikler i forordningen om legemidler til dyr.

Fra 01.07.2024 ble dette også utvidet til å gjelde feilaktig beregning eller håndtering av sektoravgift (§ 18 a). Det ble også presisert at det er et vilkår for overtredelsesgebyr at det foreligger minst uaktsomhet.

### Legemiddelforskriften

- § 12-8: Fra 13.06.2022 ble regelverket for prisforhandlinger før opptak i offentlige refusjonsordninger utvidet til å også omfatte offentlige anskaffelser.

- § 12-15: Fra 01.07.2021 ble biotilsvarende legemidler inkludert i trinnprissystemet, og det ble endringer i kuttsatser i trinnprissystemet: 25 % for biologiske/biotilsvarende og 35 % for andre legemidler ved innføring av generisk konkurranse, økt til 70 % og 81 % etter 6 mnd.

Fra 01.01.2022 ble første trinnpriskutt avviklet, og andre trinnpriskutt ble innført direkte med en prisreduksjon på 81% for ikke-biologiske legemidler ved oppstått generisk eller biotilsvarende konkurranse. Nye prosentreduksjoner introduseres etter 6 mnd uten spesifikke betingelser for biologiske/biotilsvarende legemidler (70%).

Fra 01.01.2024 kan Direktoratet for medisinske produkter innføre neste kutt tidligst 18 mnd (tidl. 12 mnd) etter stabil generisk eller biotilsvarende konkurranse.

Fra 15.02.2024 ble av pantoprazol tilføyd i trinnprissystemet med en kuttsats på 88% av utgangsprisen.

- § 15-12: Fra 01.01.2022 kan Direktoratet for medisinske produkter ilagge overtredelsesgebyr for brudd på spesifikke bestemmelser i legemiddeloven med maksimumsgrenser basert på folketrygdens grunnbeløp.

Fra 04.04.2022 presiseres det ytterligere hvilke bestemmelser i legemiddel- og narkotikaforskriften som inngår.

### **Blåreseptforskriften**

- § 4: Fra 06.01.2022 ble stønad til behandling med antiinfektive legemidler utvidet til å inkludere forebygging og behandling av covid-19 etter faglige anbefalinger fra Helsedirektoratet. Dette betyr at pasienter med covid-19 får dekket visse medisiner under Folketrygden, som reflekterer den løpende tilpasningen av helsepolitikken til pandemisituasjonen. Denne utvidelsen ble fjernet fra 20.11.2023.

Fra 27.08.2022 ble det inkludert stønad til vaksiner, immunglobuliner og immunsera mot apekopper (koppevaksine tredje generasjon), som kan brukes pre- og posteksposisjonelt. Endringen viser en utvidet innsats for å forhindre og bekjempe nye smittsomme sykdommer i lys av aktuelle helseutfordringer.

- § 8: Fra 01.01.2023 ble pasientens egenandel for medisinske produkter utlevert på lå resept økt fra 39% til 50%, med et fortsatt maksimalbeløp på kr 520 per resept.
- § 10 a: Fra 01.05.21 skal lege som søker om individuell stønad til legemidler og næringsmidler etter Blåreseptforskriftens §§ 3 og 6 benytte elektronisk søknadsløsning.
- § 11 a: Fra 01.02.22 kan Helsedirektoratet utstede overtredelsesgebyr, etter folketrygdloven § 25a, til leger/behandler ved forskriving av legemidler/næringsmidler/medisinsk forbruksmateriell som fører til uberettiget utbetaling av trygdeytelser.

### **Apotekloven**

- § 5-4: Fra 01.07.2024 innførtes krav om at apotek må gi departementet elektronisk oversikt over lagerstatus ved risiko for legemiddelmangel, noe som forbedrer beredskap og sikrer stabil tilgang til viktige medisiner for befolkningen.
- § 6-12: Fra 01.07.2024 kan departementet, ved fare for legemiddelmangel, innføre begrensninger for apotekenes salg og utlevering (rasjonering). Regelverk for håndtering av

slike situasjoner kan utformes av departementet gjennom forskrift.

- § 9-3: Fra 01.07.2024, utvides tilsynsmyndighetens rett til å pålegge tvangsmulkt til apotek også ved manglende oppfyllelse av vilkår etter § 5-4 tredje ledd (elektronisk lagerstatus).
- § 9-6: Fra 01.01.2022 kan departementet ilegge overtredelsesgebyr til enheter som unnlater å melde fra om konsesjonsoverdragelse (§ 3-8 annet ledd).

Fra 01.07.2024 gjelder dette også ved brudd på restriksjoner på salg og utlevering av legemidler ved fare for mangel (§ 6-12). Det ble også presisert at det er et vilkår for overtredelsesgebyr at det foreligger minst uaktsomhet.

### Apotekforskriften

- § 2: Fra 01.01.2022, har Direktoratet for medisinske produkter rett til å ilegge overtredelsesgebyr etter apotekloven § 9-6, med tak på 15 ganger folketrygdens grunnbeløp for foretak og 2 ganger for enkeltpersoner.
- § 27: Fra 27.03.2020 kan apotek uten grossisttillatelse, felles driftskonsesjon eller samme apotekkonsesjonær levere legemidler til hverandre ved urimelige ulemper for kunden eller midlertidig stenging av det leverende apoteket.

Fra 02.09.2020 ble bestemmelsen utvidet til også å inkludere leveranser i tilfeller med fare for mangelsituasjoner og for legemidler i klinisk utprøving, samt innførte forpliktelsen til å kontrollere legemidler for forfalskning før leveranse, unntatt ved overdragelse av apotek.

### Grossistforskriften

- § 1: Fra 01.07.2024 utvides definisjonen av grossistvirksomhet med legemidler til også å omfatte legemiddelformidling, og introduserer begrepet "legemiddelformidler" for virksomheter eller personer som handler på vegne av andre uten å fysisk håndtere legemidlene. Dette skillet gir klarere rammer for aktiviteter som innebærer salg eller kjøp av legemidler, uten tradisjonell engros- eller detaljomsetning.
- § 1a: Fra 16.09.2022 blir virkeområdet til grossistforskriften begrenset til å gjelde for legemidler til mennesker, med unntak av kapittel V og VI som også gjelder for legemidler til dyr. Dette i forbindelse med ny forskrift om legemidler til dyr 08.09.2022 nr. 1573.
- § 5: Fra 15.12.2023 må legemiddelgrossister i Norge holde et beredskapslager av legemidler listet i vedlegget til forskriften. Direktoratet for medisinske produkter kan tildele dispensasjoner og utføre tilsyn med overholdelse av de nye kravene.
- § 5 a: Fra 15.08.2024 skal legemiddelgrossister rapportere beredskapslager til Helsedirektoratet, med lagerstørrelsen definert som total beholdning (av varer listet i forskriftens vedlegg) minus 20 dagers ordinær omsetning. Grossister kompenseres for beredskapsplikt etter § 5, basert på faktisk lager. Ordningen forvaltes av Helsedirektoratet:
  - Kompensasjon for kapitalkostnader utregnes fra maksimal AIP for beredskapslageret med en reduksjon på 10 %. Renten som brukes er NIBOR pluss et tillegg på 2 %, fastslått på månedens siste dag.
  - For håndtering og lagring av legemidler utbetales en sats på 4 NOK per pakning
  - Kjølepliktige varer, samt A- og B-preparater får økt sats på 8 NOK per pakning.
  - Kostnader for ukurans kompenseres med opptil 10 % av verdien.
  - Kompensasjon til grossistene utbetales månedlig basert på rapportert lagerbeholdning.

**Narkotikaforskriften**

- § 18 a: Fra 04.04.22 kan DMP ilegge direkteimporterende/-eksporterende apotek overtredelsesgebyr ved manglende kvartalsvis og årlig rapportering av narkotikaregnskap, etter §§ 13 og 14.